2026 年度
認知症初期集中支援チーム員研修
テキスト

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

認知症初期集中支援チーム員研修テキスト目次

Ⅰ章　事業概要　1

1 事業の趣旨について

2 共生社会の実現を推進するための認知症基本法（基本法）、認知症施策推進基本計画（基本計画）

3 本事業実施上のポイント

Ⅱ章　日本の認知症施策とこれからの地域包括ケアシステムの在り方　15

1 社会構造の変化に伴うこれからの認知症施策

2 統合ケア（integrated care）としての認知症患者へのケアの特徴

3 自治体における認知症ケアを中核とした地域包括ケアシステム構築への取り組みと課題

4 自治体におけるこれからの認知症ケア推進のすすめ方

5 日本における認知症初期集中支援の基盤整備における先駆的事例

Ⅲ章　認知症初期集中支援チーム員の役割　32

1 認知症初期集中支援チーム活動の前提になるもの

2 認知症初期集中支援チームの活動内容

3 認知症初期集中支援チーム活動の評価について

Ⅳ章　認知症の総合アセスメント　48

1 認知症総合アセスメントの考え方

2 認知症の診断と代表的な認知症疾患

3 アセスメントツールの使用方法

Ⅴ章　認知症初期集中支援における具体的活動　86

1 支援のための具体的なプロセス

2 医療機関への受療支援

3 家族介護者への支援

4 住まいと生活支援

5 認知症の行動・心理症状（BPSD）への対応や予防に関する支援

6 せん妄と初期支援

7 身体症状や身体疾患に対する初期支援

8 認知症と鑑別が必要な精神疾患への対応

9 認知症初期集中支援チームに必要な若年性認知症の知識

Ⅵ 認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築　134

1 市区町村によるビジョン設定

2 認知症初期集中支援チーム検討委員会の役割と運営方法

3 認知症初期集中支援チームに係る地域包括ケアシステム関係機関の役割と調整

参考資料　149

Ⅰ章　事業概要

１　事業の趣旨について

平成 24 年 6 月、これまでの認知症施策を再検証し、今後目指すべき基本目標を定めた「今後の認知症施策の方向性について」が、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームによりとりまとめられた。

この報告書の中では、これまでのケアは、認知症の人が認知症の行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていたが、今後は新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置くというものであり、認知症になっても尊厳をもって質の高い生活を送るという私たち共通の望みの実現に向けて具体的な方策を推進していく必要があるとしている。

この報告書や、高齢者の増加に伴い認知症の人が更に増加することが見込まれていること等を踏まえて、施策を具体的に推進するため、同年 9 月、厚生労働省において、「認知症施策推進 5 か年戦略（オレンジプラン）」を策定し、その後、オレンジプランを加速化するために、厚生労働省だけでなく、関係府省庁と共同して、平成 27 年 1 月 27 日に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）を策定した。

こうした経過の中、平成 25 年度には『認知症の早期診断・早期対応』に対応するためのモデル事業として、「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」が全国 14 市町村で実施された。その成果を踏まえ、平成 26 年度は介護保険制度の改正（平成 26 年度改正）によって再編された地域支援事業の任意事業の「認知症初期集中支援推進事業」に位置づけ、平成 27 年度は地域支援事業の包括的支援事業とし、さらに平成 30 年度にはすべての市区町村で事業開始となる。

また、平成 29 年 5 月の介護保険法の改正に伴い、新オレンジプランの基本的な考え方が法律上位置づけられ、①知識の普及や啓発、②介護者への支援の推進、③認知症の人とその家族の意向の尊重に対する配慮について、国及び地方公共団体の努力義務が規定されるとともに、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できる指標を設定した上で、市町村・都道府県に対する財政的インセンティブの付与（高齢者の自立支援、重度化防止等の取組を支援するための交付金）することが整備された。この評価指標には、認知症初期集中支援推進事業をはじめとした認知症施策についても含まれており、都道府県や市町村においては、認知症初期集中支援推進事業も含めた認知症施策全般を総合的に着実に進めていくことが求められている。

2019（令和元）年 6 月 18 日に認知症施策推進関係閣僚会議においてとりまとめられた、認知症施策推進大綱において、認知症初期集中支援チームは認知症の早期発見・早期対応の支援体制の構築にむけて、役割を果たしていくことが求められている。

2023(令和 5)年 6 月 14 日には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下「基本法」という。）が議員立法により成立し、2024（令和 6 年）1 月 1 日に施行された。本法は、基本的な理念や方向性を示すいわゆる理念法であり、冒頭の「共生社会の実現を推進するための」を含めた全体が正式名称である。特に、「共生社会の実現を推進する」という部分は、本法の目的を端的に示すものであり、重要である。さらに具体的な政策として基本法を推進するための「認知症施策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が 2024 年（令和 6 年）12 月に閣議決定された。

本テキストでは、この「認知症初期集中支援推進事業」について、事業の目的、実施方法等を整理し、説明を加えた。

本テキストを基に、関係機関・団体等との連携・協力のもと、事業の実施主体である市区町村及び「認知症初期集中支援チーム」による効果的・効率的な事業活動が実現され、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる仕組みとして整備されることを期待する。

2　共生社会の実現を推進するための認知症基本法（基本法）、認知症施策推進基本計画（基本計画）

基本法においては、7 つの基本理念が示されている。まず、基本的人権に関して、「全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる」とされており、認知症の人も等しく国民の一人として、ともに生活する社会であることが明示されている。認知症初期集中支援チーム員は、この点を十分に理解した上で、認知症の人への支援に当たる必要がある。

また、基本法においては、認知症施策推進基本計画についても規定されている。国及び地方自治体は、認知症の人及びその家族等の意見を踏まえながら、計画を策定し、これに基づき施策を推進することが求められる。国は基本計画を策定することとされており、これを踏まえ、地方自治体については、計画の策定が努力義務とされている。

これにより、国の基本計画を基礎として、各地域の実情に応じた認知症施策が推進されることとなる（図 1-1）。

認知症初期集中支援チームについては、認知症施策推進基本計画の中で位置づけられており（図 1-2）、複数の専門家が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価を行った上で、家族支援等の初期の支援を行うものとされている。また、同チームは、認知症の人の意向に基づいた地域生活の継続する相談・支援を担う多職種チームとして、独居や身寄りのない認知症の人、複合的な課題を抱えたケースへの対応を含め、地域の実情に応じたその在り方の見直しや役割の検討が求められている。

さらに、基本計画においては、多様な主体の連携の重要性も示されており、独居など認知症の人を取り巻く課題を踏まえ、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推

進員、認知症サポート医、認知症初期集中支援チーム、居宅介護支援事業所、認知症疾患医療センターを含む専門医療機関等について、地域の実情に応じた機能や連携の強化を図ることとされている。あわせて、地域住民を含む多様な主体と協働し、日常生活支援（権利擁護支援を含む）の利用を可能とする社会環境づくりを、認知症の人やその家族等とともに、分野横断的な取組として推進することが求められている。

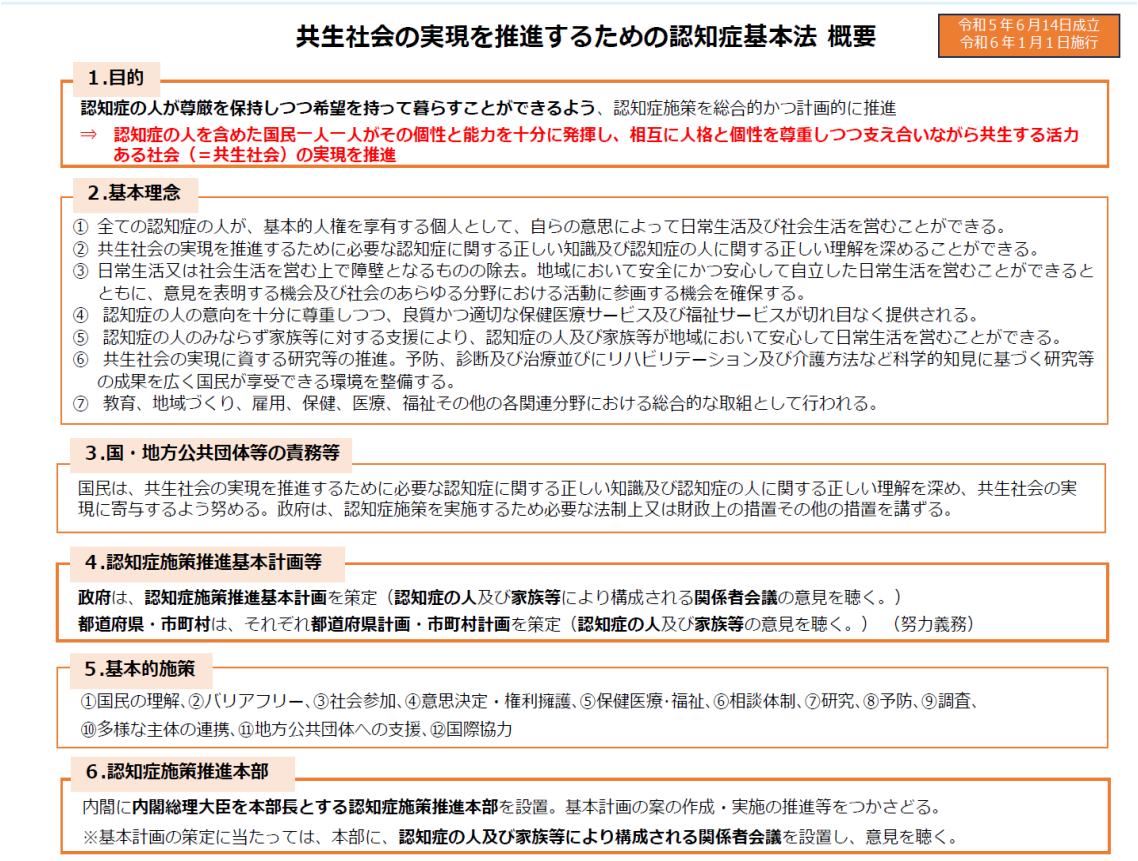


図 1-1　基本法の概要

認知症施策推進基本計画の概要

【位置付け】共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和５年法律第65号。以下「基本法」という。）に基づく国の認知症施策の基本計画。これに基づき、地方自治体は推進計画を策定（努力義務）。

前文／Ⅰ 認知症施策推進基本計画について／Ⅱ 基本的な方向性

- 基本法に明記された共生社会の実現を目指す。
- 認知症の人本人の声を尊重し、「新しい認知症観」※に基づき施策を推進する。
  ※①誰もが認知症になり得ることを前提に、国民一人一人が自分ごととして理解する。②個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間と共に、希望を持って自分らしく暮らすことができる。

⇒ ①「新しい認知症観」に立つ、②自分ごととして考える、③認知症の人等の参画・対話、④多様な主体の連携・協働

Ⅲ 基本的施策

- 施策は、認知症の人の声を起点とし、認知症の人の視点に立って、認知症の人や家族等と共に推進する。

⇒ 以下の12項目を設定：①国民の理解、②バリアフリー、③社会参加、④意思決定支援・権利擁護、⑤保健医療・福祉、⑥相談体制、⑦研究、⑧予防、⑨調査、⑩多様な主体の連携、⑪地方公共団体への支援、⑫国際協力

Ⅳ 第１期基本計画中に達成すべき重点目標等

- 次の４つの重点目標に即した評価指標を設定：①「新しい認知症観」の理解、②認知症の人の意思の尊重、③認知症の人・家族等の地域での安心な暮らし、④新たな知見や技術の活用
- 評価指標は、重点目標に即して、プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標を設定

Ⅴ 推進体制等

- 地方自治体において、地域の実情や特性に即した取組を創意工夫しながら実施
- 地方自治体の計画策定に際しての柔軟な運用（既存の介護保険事業計画等との一体的な策定など）
- ①行政職員が、認知症カフェ等様々な接点を通じて、認知症の人や家族等と出会い・対話する、②ピアサポート活動や本人ミーティング等の当事者活動を支援する、③認知症の人や家族等の意見を起点として、施策を立案、実施、評価する。

基本的施策（抄）

１．認知症の人に関する国民の理解の増進等
- 学校教育、社会教育における「新しい認知症観」に基づく実感的理解の推進
- 認知症の人に関する理解を深めるための、本人発信を含めた運動の展開（認知症希望大使の活動支援）

２．認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進
- 認知症の人が自立し安心して暮らすための、地域における生活支援体制の整備等（地域の企業や公共機関等での認知症バリアフリーの推進）
- 事業者が認知症の人に適切に対応するために必要な指針の策定

３．認知症の人の社会参加の機会の確保等
- 認知症の人自らの経験等の共有機会の確保（ピアサポート活動の推進）
- 認知症の人の社会参加の機会の確保（本人ミーティング、介護事業所における社会参加活動等の推進）
- 多様な関係者の連携・協働の推進による若年性認知症の人等の就労に関する事業主に対する啓発・普及等

４．認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護
- 認知症の人の意思決定支援に関する指針の策定、情報提供（「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の改定）
- 認知症の人に対する分かりやすい形での意思決定支援等に関する情報提供

５．保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等
- 専門的な、又は良質かつ適切な医療提供体制の整備（認知症疾患医療センターの相談機能の充実）
- 保健医療福祉の有機的な連携の確保（認知症初期集中支援チームの見直し、認知症地域支援推進員の適切な配置）
- 人材の確保、養成、資質向上（認知症に関する研修の在り方の見直し）

６．相談体制の整備等
- 認知症の人の状況等に配慮し総合的に対応できる体制整備（地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の相談体制整備）
- 認知症の人又は家族等が互いに支え合うための相談・交流の活動に対する支援等（認知症地域支援推進員の適切な配置、認知症カフェ、ピアサポート活動、認知症希望大使の活動支援）

７．研究等の推進等
- 予防・診断・治療、リハビリテーション・介護方法等の研究の推進・成果の普及
- 社会参加の在り方、共生のための社会環境整備その他の調査研究、検証、成果の活用（介護ロボット・ICT等の開発・普及の支援）

８．認知症の予防等
- 科学的知見に基づく知識の普及・地域活動の推進・情報収集
- 地域包括支援センター、医療機関、民間団体等の連携協力体制の整備（早期発見・早期対応・診断後支援まで行うモデルの確立）

９．認知症施策の策定に必要な調査の実施
- 若年性認知症の人を含む認知症の人の生活実態、社会参加・就労支援を促進する体制や社会実装の方策など共生社会の実現に関わる課題の把握と課題解決に向けた調査研究

10．多様な主体の連携
- かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症サポート医、認知症初期集中支援チーム、居宅介護支援事業所、認知症疾患医療センター等の連携及び地域住民を含む多様な主体との協働、分野横断的な取組の推進

11．地方公共団体に対する支援
- 地方公共団体の参考となるような取組の共有などの支援

12．国際協力
- 外国政府、国際機関、関係団体等との連携、我が国の高齢化及び認知症施策の経験や技術について世界に向けて情報発信

図 1-2　基本計画の概要

３　本事業実施上のポイント

平成 25 年度に認知症の早期診断・早期対応に対するモデル事業を実施し、平成 26 年度には認知症初期集中支援推進事業を地域支援事業の任意事業として実施した。その中で重要なものとして、以下の 3 点が抽出できた。

①工程表（実施計画）の作成と管理

「普及啓発推進事業」「認知症初期集中支援」「認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置」の要素を組み立てて、必要な実施計画を示す工程表を作成することは、事業の具体的な推進の機動力となる。

②地域での活動基盤となるシステムづくり

あらゆる方法を駆使して、様々なところから対象者をリストアップできるようなシステムと、対象者介入とその後の支援体制をつくる地域の連携システムが重要。「認知症初期集中支援チーム検討委員会」によって、検討を加える体制を築き、地域の意思統一を図れるための仕組みづくりが同時に求められる。

③チーム員会議の機能と効果的運営

認知症疾患や認知機能に加え、生活障害、身体の様子などの観察・評価結果の提示方法など必要な項目に絞った効率的な検討ができるような会議の資料の作成が必要。また、アセスメント結果を基に、必要な支援を迅速に判断し、適切なサービスの提供に結びつけるための会議となるようなフォーマットは必要不可欠であり、より必要な情報がとれるような工夫が必要。

上記 3 点を踏まえ、事業のスキームと実施要綱が設定されたが、全国では新たな事業であることの戸惑いや、市区町村の担当者の交代等でどのように事業を進めていけばよいのかわからないといった声もあった。よって、全ての市区町村で実施するにあたり、より効果的に事業を企画、実施、評価できるよう実施主体の保険者である市区町村が、何を確認しながら進めていけばよいのかイメージできるよう「認知症初期集中支援推進事業チェックリスト」（表 1-1）を作成した（平成 29 年度老人保健健康増進等事業「認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業」）。

事業担当者と認知症初期集中支援チーム員とともにチェックしながら進捗状況の確認や今後準備しなければならない点について、相互に確認しながら事業を展開することで、お互いに到達状況も把握可能となり、乗り越えなければならない課題も明確化することができると考える。

事業開始にあたり、少なくとも市区町村の担当者は必ず本チェックリストの項目を確認し、だれが、いつ、どのように準備、実施していくのかを確認して進める。また、市区町村を管轄する都道府県では各区市町村の進捗状況を把握し、より効率的な事業展開ができるための情報収集や人材育成のために利用していただければ幸いである。

表 1-1 「認知症初期集中支援推進事業」チェックリスト

区分	チェック項目	都道府県チェック項目
ストラクチャー	□ 行政担当課、担当者の存在（担当者の職種）、事務局の設置 □ チーム員、サポート医の要件のクリア □ 初期チームのリーダーの決定（専任、兼務） □ 実施要綱の作成 □ 委託の場合は仕様書の作成 □ 訪問活動をするための手段、方法が確保されているか（移動手段、訪問活動必要物品等） □ 認知症初期集中支援チーム検討委員会がチームをバックアップする体制にあるか □ 関係機関、団体への事業の説明会の開催や情報提供 □ 地域包括支援センターから認知症の相談情報が入るか □ 市区町村で提供できる資源やサービスの提示 □ 記録物の保管、情報管理体制が確保されているか □ リスク管理のための緊急連絡先の確保・確認（市町村担当、認知症サポート医等）	□ 市町村の実施体制の確認（市町村によっては事務局設置もあり） □ 市町村の担当者へのレクチャー、情報の統括と還元 □ 市町村の担当者のバックアップ体制の確保 □ 研修体制の確保 ・新規チーム員の研修 ・フォローアップ体制 □ 行政・チームの情報交換の場の確保 ・チーム員 ・認知症サポート医 ・行政担当者 ・関連機関等（認知症疾患医療センター等）
プロセス	□ 進行管理のための工程表の作成・メンバーとの共有 □ 年間目標の設定（活動方針、ターゲット、訪問件数、目標設定） □ 対象事例の優先順位等ルールの設定 □ 使用様式、記録のフォーマット作成（個人記録、チーム員会議記録、地域との連絡票、連携表） □ 個別事例、実績の作成、進捗管理の担当者とその確認 □ データ入力作業と集計結果の提示 □ チーム員の研修、学習の機会の確保 □ 使用様式、媒体、パンフレットの作成 □ 相談窓口の明確化	□ 苦慮事項の把握
アウトプット	□ 各自治体の認知症初期集中支援チーム活動マニュアルが完成 □ 自治体の認知症相談応需フローができる □ 自治体の認知症地域支援推進員との連携回数 □ 訪問件数、目標件数の達成 □ チーム員会議回数 □ 事業の検討会の回数 □ 関係機関・団体への説明回数 □ 住民への普及啓発回数 □ 個別事例の連絡・調整回数 □ 多職種間での認知症の協働研修の開催回数	□ 好活動事例の紹介、還元 □ チームの定着、人材育成上の課題の把握
アウトカム	□ 鑑別診断件数　　件 □ 介護保険サービスへの接続件数　　件 □ 家族の介護負担の低下 □ BPSDの出現が軽減 □ 対象者の在宅療養継続率 □ 権利擁護制度の導入件数　　件 □ 認知症の人が地域で利用できる居場所数（カフェ等）の増加 □ 認知症サポート医の増加 □ 認知症の相談に積極的なかかりつけ医の増加 □ 認知症初期集中支援チーム検討委員会、市町村へ必要な社会資源や認知症施策を提言回数 □ 継続的な医療機関への受診率	□ 事業評価の実施状況 □ 各自治体のアウトカムの還元 □ 地域ケア会議との連携、連動状況 □ 都道府県全体の課題抽出／他事業との連動性

さらに、この事業を実施していく上で、事業全体の前提として、以下の４点については、事業実施主体となる市区町村及び具体的な認知症初期集中支援を行うこととなる「認知症初期集中支援チーム」の双方において理解した上で実施することが重要となる。

【地域包括ケアシステムの構築】（図 1-3）

・認知症の人の数は 2012（平成 24）年で約 462 万人、65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人と推計されている。また、この数は高齢化の進展に伴いさらに増加が見込まれており、2025（平成 37）年には認知症の人は約 700 万人前後になり、65 歳以上高齢者に対する割合は、現状の約 7 人に 1 人から約 5 人に 1 人になる見込みである。

・認知症高齢者の半数は在宅で生活しており、各介護サービスにおいても認知症への対応が求められること。

・各地域の実情に応じて、医療サービスと介護サービス、双方向のシームレス（切れ目のない）なサービス提供が求められており、認知症施策においても同様の切れ目のない対応や連携が必要であること。

・各自治体では、今後、地域包括ケアシステムの構築を含めた街づくりを行う必要があり、その際には、認知症施策を主眼においた街づくりが求められること。

など、地域包括ケアシステムの体制構築には、認知症初期集中支援サービスを含む、認知症高齢者施策が必須である。

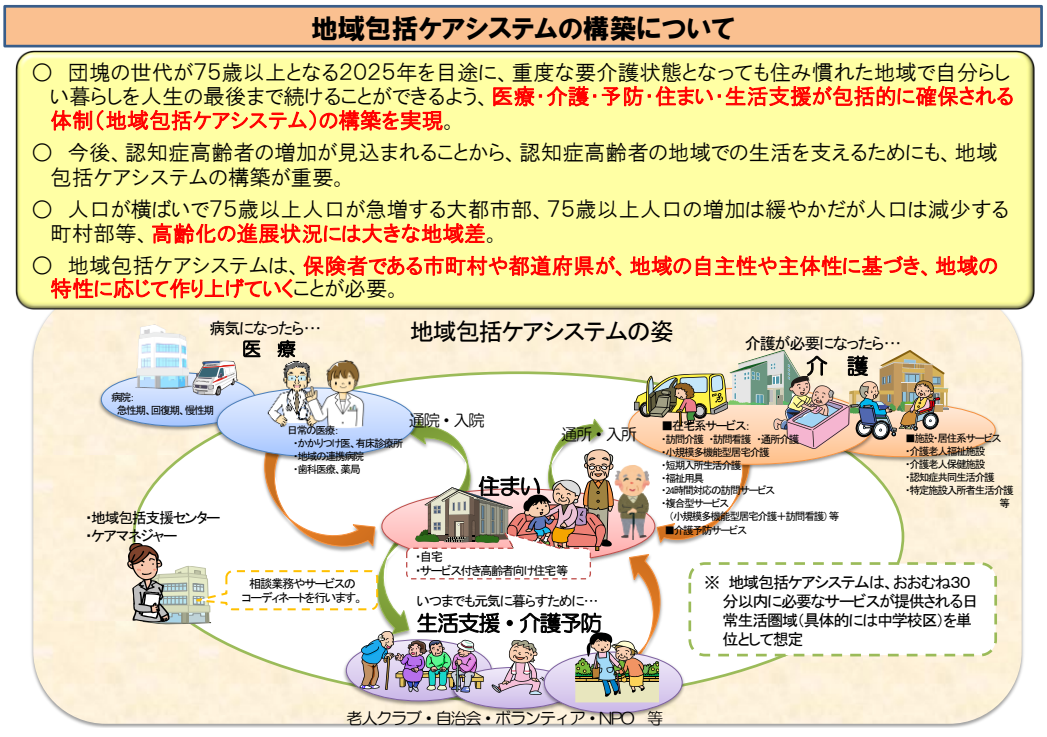


図 1-3　地域包括ケアシステムの構築について

【認知症初期集中支援チームと他施策の関係】

認知症は早期診断・早期対応が重要であることから、初期の段階で医療と介護との連携の下に認知症の人やその家族に対して個別の訪問を行い適切な支援を行う「認知症初期集中支援チーム」や、地域の実情に応じた医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う「認知症地域支援推進員」の設置に取り組むことが重要となる。また、認知症ケアに携わる多職種の協働研修、認知症カフェ等による認知症の人とその家族への支援など認知症ケアの向上を推進する事業を地域支援事業で推進することも重要である。

また、かかりつけ医や、認知症疾患医療センター等の専門医療機関との連携体制が必要であることが、「認知症初期集中支援チーム」の一つのポイントなっている（図 1-4）。

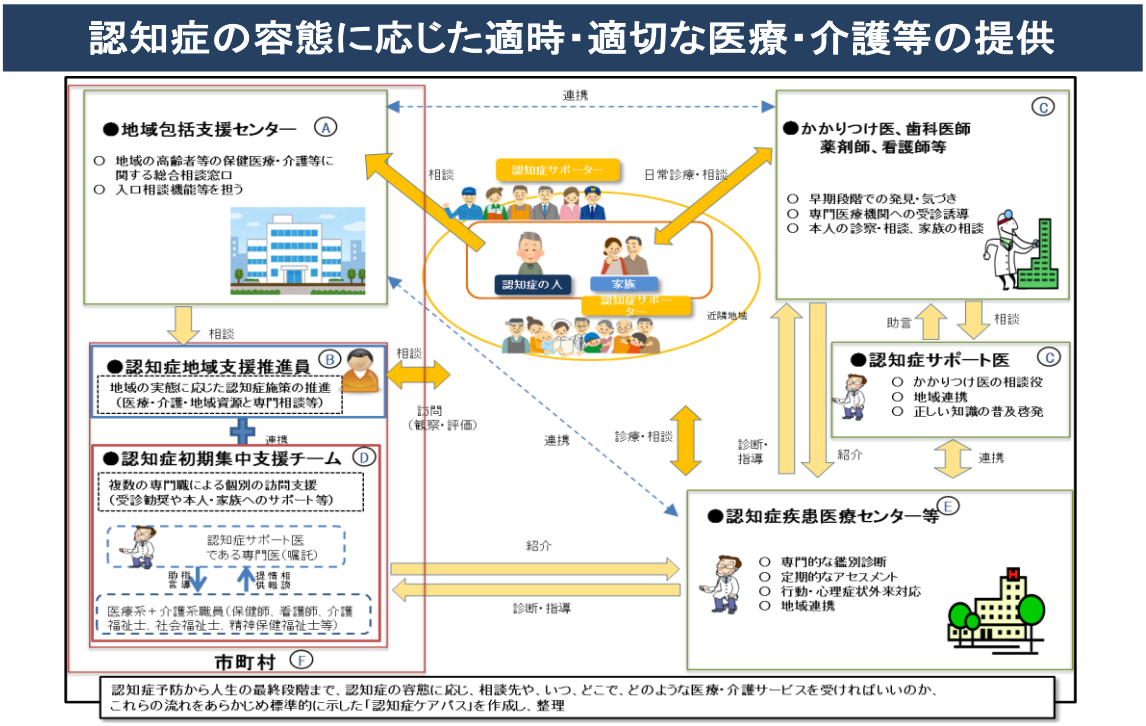


図 1-4　早期診断・早期対応のための体制整備

【認知症初期集中支援推進事業の全体像】

本事業は、市町村を実施主体として、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」(以下「支援チーム」という。)を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的としている。

この専門職で構成される支援チームは、地域包括支援センター等に配置され、家族の訴え等により認知症が疑われる人や、認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価し、家族支援などの初期の支援を、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、包括的、集中的に行う。また、支援チームは、対象者が必要な日常支援や日常診療に結びつくように支援を行い、介護支援専門員等に引き継ぐという個別支援を行うものである。

同時に、市町村においては、保健・医療・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」を設置し、支援チームの設置及び活動について検討するとともに、地域の関係機関や関係団体と一体的に事業を推進していくための合意が得られる場となるよう努めることとしている。

また、支援チームと医療関係者との連携を図るため、認知症疾患医療センターや地元医師会との事前協議や主治医（かかりつけ医）に対する連絡票など情報の共有化に向けたツールの作成やそれを用いた地域の連携システムの構築を図ることも重要である（図 1-5）。

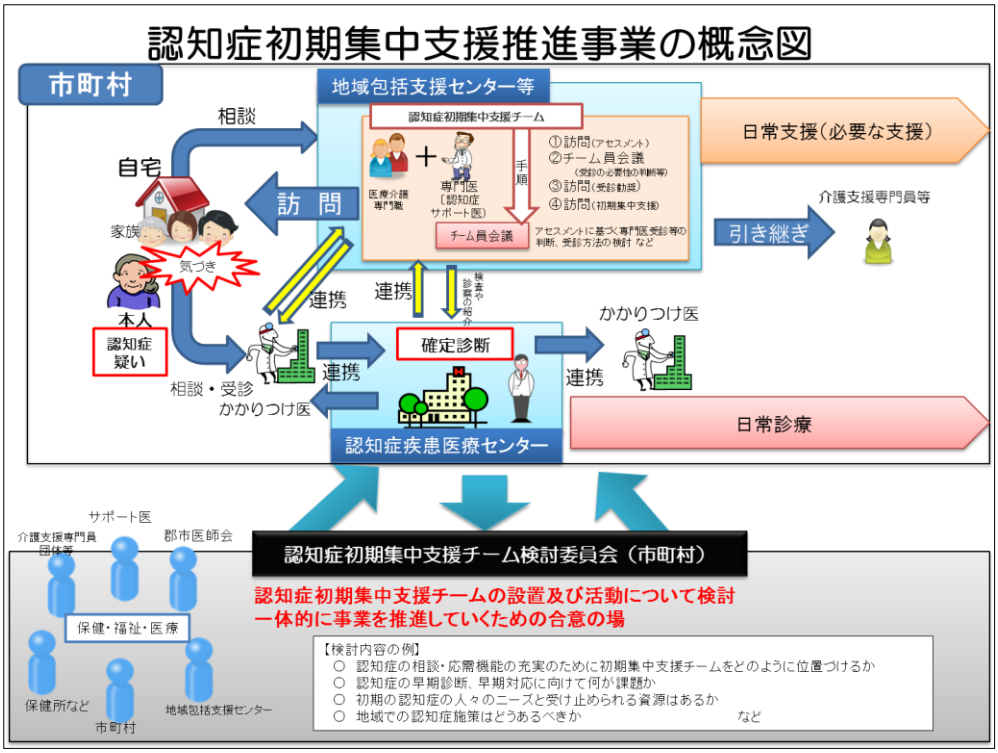


図 1-5　概念図

【本事業における認知症初期集中支援のスキーム】

図 1-6 は、平成 25 年度老人保健健康増進等事業「認知症の初期集中支援サービスの構築に向けた基盤研究事業」（独立行政法人国立長寿医療研究センター）報告書の認知症初期集中支援チームのモデル事業スキームを参考に、認知症初期集中支援推進事業をフローとして図にしたものである。

事業の実施においては、支援チームが関与する場合に、個別支援としてどのポイントに位置しているのか把握しておくと共に、支援対象者のうち何人が、どのポイントに位置しているのか意識して、進捗状況を把握しておく必要がある。

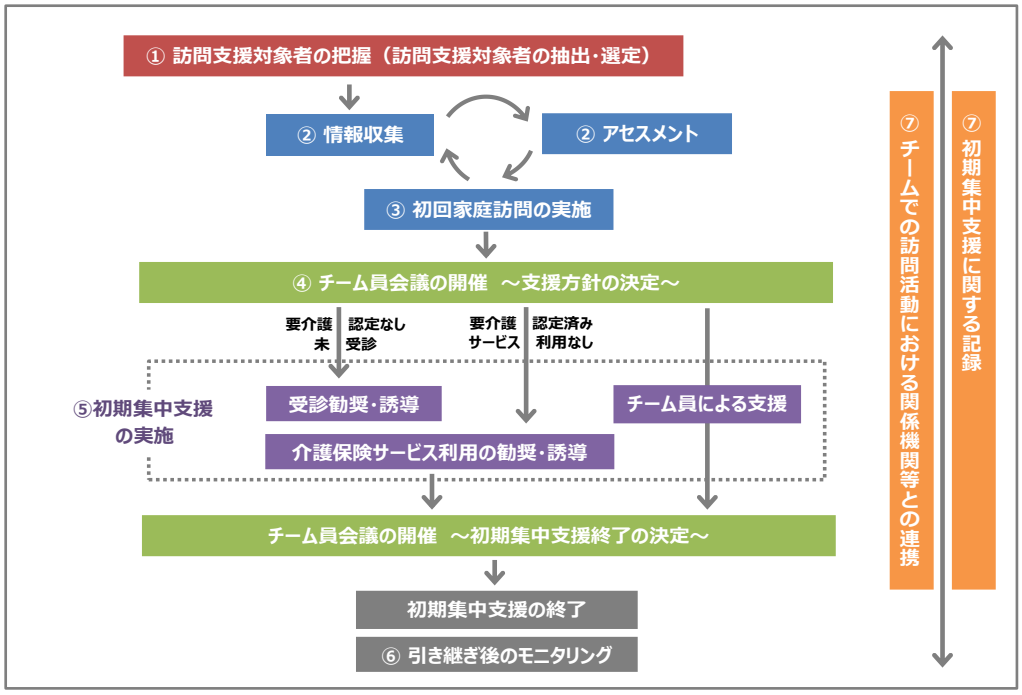


図 1-6　認知症初期集中支援のスキーム

地域支援事業実施要綱（案）（抜粋）

別記５　包括的支援事業（社会保障充実分）

３ 認知症総合支援事業（法第 115 条の 45 第２項第６号）

（1） 認知症初期集中支援推進事業

ア　目的

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」（以下「支援チーム」という。）を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

イ　実施主体

市町村。ただし市町村は、ウの事業の全部又は一部について、省令第１４０条の６７に基づき、市町村が適当と認める者（地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、診療所等）に委託することができる。

ウ　事業内容

(ア)　実施体制

a　支援チームの配置と役割

支援チームは、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等に配置することとし、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人（以下「訪問支援対象者」という。）及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うものとする。また、地域包括支援センター職員や市町村保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保すること。

b　認知症初期集中支援チーム員の構成

認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という。）は、以下の①を満たす専門職２名以上、②を満たす専門医（(ウ)b④において単に「専門医」という。）１名の計３名以上の専門職にて編成する。

①　以下の要件をすべて満たす者２名以上とする。

・　医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準ずる者であり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市町村が認めたもの

・　認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に３年以上携わった経験がある者

また、チーム員は国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとする。

ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容を共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

② 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師１名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には、当分の間、以下の医師も認めることとする。

・ 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する医師であって、今後５年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの

・ 認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に５年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

c チーム員の役割

b の①を満たす専門職は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的観察・評価に基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

b の②を満たす専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から指導・助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。

なお、訪問する場合のチーム員数は、初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護系職員それぞれ１名以上の計２名以上で訪問することとする。また、観察・評価票の記入は、チーム員である保健師又は看護師の行うことが望ましいが、チーム員でない地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の保健師又は看護師が訪問した上で行っても差し支えない。

d 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置等

市町村は、実施主体として、以下の体制を講じること。

① 医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」（以下「検討委員会」という。）を設置するとともに、検討委員会が関係機関・団体と一体的に当該事業を推進していくための合意が得られる場となるよう努めること。

② 支援チームと医療関係者との連携を図るため、認知症疾患医療センターや地元医師会との事前協議や主治医（かかりつけ医）に対する連絡票等情報の共有化に向けたツールの作成やそれを用いた地域の連携システムの構築を図ること。

(イ) 訪問支援対象者

訪問支援対象者は、原則として、４０歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のａ、ｂのいずれかの基準に該当する者とする。なお、訪問支援対象者の選定の際には、ｂに偏らないよう留意すること。

ａ　医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者

①　認知症疾患の臨床診断を受けていない者

②　継続的な医療サービスを受けていない者

③　適切な介護サービスに結び付いていない者

④　介護サービスが中断している者

ｂ　医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

(ウ)　事業の実施内容

以下のａからｃまでについていずれも実施するものとする。なお、ｃについては市町村が自ら実施すること。

ａ　支援チームに関する普及啓発

地域住民や関係機関・団体に対し、支援チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行う等、各地域の実情に応じた取り組みを行うものとする。

ｂ　認知症初期集中支援の実施

①　訪問支援対象者の把握

訪問支援対象者の把握については、支援チームが必ず地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮すること。チーム員が直接訪問支援対象者に関する情報を知り得た場合においても、地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターと情報共有を図ること。

②　情報収集及び観察・評価

本人のほか家族等のあらかじめ協力の得られる人が同席できるよう調整を行い、本人の現病歴、既往歴、生活情報等に加え家族の状況等を情報収集すること。

また、信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと。

③　初回訪問時の支援

初回訪問時に、認知症の包括的観察・評価、基本的な認知症に関する正しい情報の提供、専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用の効果に関する説明及び訪問支援対象者やその家族の心理的サポートや助言等を行う。（おおむね２時間以内）

④　専門医を含めたチーム員会議の開催

初回訪問後、訪問支援対象者毎に、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容、支援頻度等を検討するため、専門医も含めたチーム員会議を行う。必要に応じて、訪問支援対象者のかかりつけ医、介護支援専門員、市町村関係課職員等の参加も依頼する。

⑤　初期集中支援の実施

医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機付けや継続的な医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境等の改善等の支援を行う。（訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で６か月）

⑥　引き継ぎ後のモニタリング

初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターの職員や担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で円滑に引き継ぎを行うこと。

また、チーム員会議において、引き継ぎの２か月後に、サービスの利用状況等を評価し、必要性を判断の上、随時モニタリングを行うこと。

なお、訪問支援対象者に関する情報、観察・評価結果、初期集中支援の内容等を記録した書類は５年間保管しておくこと。

⑦　支援実施中の情報の共有について

訪問支援対象者の情報を地域包括支援センター等の関係機関が把握した場合には、認知症初期集中支援チーム及び認知症疾患医療センターに情報を提供する等して情報共有を図り、事業実施すること。

c　認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置

検討委員会において、支援チームの設置及び活動状況を検討する。

エ　留意事項

(ア)　チーム員は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、訪問支援対象者及び対象者世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

(イ)　実施主体は、(２)認知症地域支援・ケア向上事業を実施する場合においては、認知症地域支援推進員等と支援チームが効率的かつ有機的に連携できるように調整を行い、定期的な情報交換ができるような環境をつくるように努めること。

(ウ)　実施主体は、地元医師会、認知症疾患医療センターその他の認知症に関する専門的な医療を提供する医療機関、認知症専門医、認知症サポート医等との連携に努めること。

(エ)　事業の実施区域外の情報提供を得た場合においても、当該訪問支援対象者の支援に関わる情報提供について同意を得た上で、当該訪問支援対象者が居住する日常生活圏域を担当する地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターに情報を提供する等の連携を図ること。

(オ)　実施主体は、本事業に係る経理と他の事業に係る経理を明確に区分すること。

(カ)　実施主体は、本事業の実施に当たって、「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター）を参考とすること。

(キ)　近隣市町村が連携又は共同して、ウの事業全て又はその一部を実施することも可能である。

第Ⅱ章　日本の認知症施策とこれからの地域包括ケアシステムの在り方

はじめに

地域包括ケアシステムは、2005 年の介護保険制度改正から本格的にその構築を目指した政策的な取り組みがなされてきた。しかし、このシステムのコンセプトは、抽象度が高く、政策担当者と現場との施策の見通しの乖離が大きいこと等が原因となり、ほとんどの自治体でシステム構築は進まず、一部の自治体を除くと、このシステムを支える基盤は未だ脆弱な状況となっている[1)]。このため、厚生労働省老健局の局長の私的研究会である「地域包括ケア研究会」が 2008 年、2009 年、2012 年、2013 年、2015 年、2016 年と、概ね 10 年の長きにわたって組織されてきた。当初、研究会では、国民からの理解を得ることができなかった介護予防を主体とせず、医療と介護の連携を重視する integrated care の理念を中核とした検討がされ、わが国に相応しい、具体的な地域包括ケアシステムの在り方が検討されてきたが[注1)]、昨今は、地域共生社会の実現や、地域でつながるといった、かなり抽象度が高い検討がなされている。

研究会が継続していた 2012 年の診療報酬改定は、地域包括ケア元年の改定とされ、地域包括ケアシステムの構築に資する取り組みに対してのインセンティブが診療・介護報酬上で与えられた。2014 年には、急性期医療から慢性期医療までの連携強化、在宅医療を整備する拠点整備などが図られ、地域包括ケア病棟が新設されるなど、医療関係者に対して、さらなる地域包括ケアシステムの認知をすすめる方策へと大きく舵が切られた。

そして、2018 年度の同時改定では、まず、介護報酬改定の基本的考え方として、①地域包括ケアシステムの推進、②自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現、③多様な人材の確保と生産性の向上、④介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保の 4 点が示されており、これまでにも増して、地域包括ケアシステムの推進と、その強化が求められることとなった。

診療報酬改定も同様に、その基本方針において「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携の推進」が重点課題とされている。なお、2018 年度診療報酬改定に当たっての基本認識は、①人生 100 年時代を見据えた社会の実現とされ、②どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築)、③制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進が示されている。

また、診療報酬改定の基本的視点としても、①地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携の推進が最初にあげられ、次いで、②新しい医療ニーズにも対応で

注1)　地域包括ケア研究会の報告書については、厚生労働省の地域包括ケアシステムの HP（http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/）に「地域包括ケアシステムに関する主な報告書」として掲載されている。

き、安心・安全で納得できる医療の実現・充実とされ、③医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進、④効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上と示された。

とくに重点課題として位置づけられた、①「地域包括ケアシステムの構築」の視点の具体的方向性の例として、医療機関間の連携や医科歯科連携、病診薬連携など地域の関係者間の多職種連携の取り組みの推進があげられ、かかりつけ医については、個別の疾患だけではなく、患者の療養環境や希望に応じた診療を行う機能を評価することとされている。今後は、かかりつけ薬剤師・薬局は、服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を評価する一方、門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化がなされた。

一方、入院医療は、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進する。外来医療は、大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進し、在宅医療ニーズの対応として、質の高い訪問診療や訪問看護、歯科訪問診療、訪問薬剤管理等を評価するとされた。

以上の内容は、団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年に向けては、今回の 2018 年度改定が実質的に最後の同時改定となることから、医療機能の分化・強化、連携や医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが重要との認識から、実施されるものと予想される。

また、介護保険制度においては、地域包括ケアシステムを現実的に推進するために、24 時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスを新たに地域密着型サービスとして創設し、報酬においての積極的なインセンティブを与え、医療と親和性が高い看護領域との integration をすすめるという方策が示されてきており、こういった施策はさらにすすめられることとなる。

このように、地域包括ケアシステムは、わが国の社会保障制度の主とされる医療・介護保険制度において、これから中核的なシステムとなると考えられている。しかし、このシステムが、諸外国で進められている community care や integrated care[2)-4)]、あるいは community-based care[5)]、all-inclusive care[6)]と称される取り組みと同じ文脈にあることは、未だ十分な理解がなされていない。

一方、2012 年 9 月 5 日に「認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)」[7)]が海外の先進国で示されている認知症対策のための戦略例に倣って、わが国においても制定され、認知症者に対する早期診断、初期集中支援などの対応を行うべく支援体制の強化を行うための行動計画が示され、その整備が進められてきたところである。

本稿では、わが国において、この認知症施策の推進がなされることが integrated care 理念の中核としての医療と介護の連携をすすめ、地域で認知症高齢者が安心して生活できる環境をつくることへつながり、まさに政府がすすめようとしている community を based（基盤とした） care へと発展できる可能性が高いことを述べる。

これは、認知症の高齢者の地域生活を継続できることを目的にすることは、integrated

care における規範的統合[注2)]を図ることにつながり、実体としての地域包括ケアシステムの構築がなされることを示すことと同義といえるだろう。

１　社会構造の変化に伴うこれからの認知症施策

（1）わが国の認知症患者数とその居住場所について

2012 年の高齢者人口は 3079 万人、認知症の有病率推定値を 15%とすると、認知症有病者数は約 462 万人と推計されている[8)]。またこの値は、2025 年になると各年齢層の認知症有病率が 2012 年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合に 20.6%まで上昇するとされ、その結果、認知症有病者数は約 700 万人になる推計とされている[9)]。

さらに、全国の軽度認知障害（MCI : Mild Cognitive Impairment）の有病率推定を 13%とすると、MCI 有病者数は約 400 万人と推計され、2025 年の高齢者人口を当てはめると 475 万人となる。MCI は正常でもなく、認知症の症状が現在みられる訳ではないが、認知症になる可能性のある状態として考えられている。

また、2017 年の推計値では、認知症高齢患者の総数は、373 万人となるが、在宅に 186 万人、介護施設に 105 万人、居住系施設（特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護）44 万人、医療機関に 38 万人と示されており、認知症高齢患者の半数以上が在宅で過ごしているという推計値が示されている。ただし、このデータには、医療機関の内訳（一般病院、精神科病院等）の認知症者数は反映されておらず、精神科病院に入院している認知症高齢患者は、かなりの数にのぼると考えられている。

一方で、今日的なわが国の問題としては、認知症患者の精神病院への入院の増加と精神病棟の患者は滞留としているという問題がある。このことを裏付けるデータは、2012 年から 2013 年に 2 カ年にわたって開催された「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」において示されてきた[10),11)]。

2012 年 6 月 18 日に発表された、厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチームによる「認知症施策の今後の方向性について」という報告書[12)]では、このような状況への反省を踏まえて、「『ケアの流れ』を変える」ことが謳われている。このケアの流れを変えるために重要なことは、従来型の入所施設に入れば施設で、その方の人生も終わりとするのではなく、地域で認知症高齢患者が QOL を保持しながら生活できるようなケアシステムを構築することとされている。

また、エイジングインプレイス[注3)]の理念からは、高齢になっても、認知症となったとし

注2)　規範的統合(Normative integration)とは、統合のプロセスの要素の一つであり、共通の統合目的の設置、コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し対応、現地でのイベントを通した臨床的関係と信頼の構築、またはサービス使用者やより広いコミュニティと関係を持つこととされている。

注3)　エイジングインプレイスとは、一般的に「住み慣れた地域で高齢者の生活を支えること」と理解され、高齢者が虚弱化にも関わらず尊厳をもって自宅・地域で暮らすためのケア提供システムの整備が 1990 年代から世界各国で取り組まれてきた。

ても在宅で過ごすことが目指されるべきとされていることから、今日の課題における認知症の方々が地域で生活できる仕組みづくりとは、すなわち地域包括ケアシステムを構築することと同義であり、MCI（軽度認知機能障害：Mild cognitive impairment）レベルからBPSD（認知症の行動・心理症状：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）を発症している重篤なレベルまでの方々が地域で生活することを目指したケアシステムであるといえる。

具体的に、このシステムでは、地域の特性を踏まえた認知症ケアパスを作成し、普及することを達成せねばならないが、まずは、これを創ることが自治体の責務として求められている。

（2）英国における認知症ケア政策の動向

わが国のオレンジプランに影響を与えた英国では、すでに2009年に認知症ケア戦略（The National Dementia Care Strategy）[13)]が制定されていた。現在、英国の経済における認知症の費用は、年間230億ポンドであり[14)]、2012年現在80万人である英国の認知症患者は今後30年で倍増し140万人になると予想されている[13)]。

これらの人々に認知症患者やその介護者への質の高い支援やケアを提供し続けるためには、国民全体に認知症に関する意識の向上を促し、疾病の重篤化を防ぐための早期の診断や介入がなされる必要があるし、たとえ認知症となったとしても、そのケアの質の向上によって重篤化を防ぐこと等が考えられなければならないことが示されたのが英国の認知症国家戦略である。

また、英国では、認知症国家戦略以前に、The National Health Service Framework for Older Peopleによって、専門家による治療と生活の質や独立を促進する支援サービスによって、認知症患者の精神的健康を改善する必要性が特定された[15)]。そして、このための認知症に関するガイダンスであるThe National Institute for Clinical Excellence (NICE)が発行された。ここには、Social Care Institute for Social Excellenceと共に改善のレベルが示され、認知症患者支援の「integrated care pathway」アプローチの一環として、認知症サービスの必要性が規定された[16)]。このガイダンスでは、個人やその介護者に対して多様な影響があり症状が複合的であるという性質の中での認知症に対応する統合アプローチへの提案がなされている[16)]。

これは、過去、数十年間にわたる既存の認知症に関しての認識方法は疑問視され、生物・医療モデル[17)]から、社会学的なモデルを含みつつ、患者自身や自宅で老いること[18)]の重要性を強調するアプローチへと移行したことを示していた。また、こうしたケアのアプローチのシフトは、高齢の認知症患者を支援する「integrated care path way」を通じて、認知症ケア提供の改善の必要があるとする政策[13),15)]と対応してきた[13),19)]。

現在、英国で示されているintegrated care path wayや認知症高齢者を対象としたケアパスウェイ（Dementia care pathway）に関する研究はあまり多くないが、認知症のケア

に関する問題点は明確にされつつある。例えば、英国も日本と同様に認知症の診断のプロセスは複雑であり、認知症は重度になるまで診断されないことが多い。診断が遅くなると本人や家族に対する介入の効果は著しく低下することが臨床的な知見としては周知されてはいるが、こういった認知症の診断が下される時期の遅延化がその後のケアの道筋に与える多様な影響についての研究は英国でも必要とはされているものの十分でないとされている。

しかしながら、エビデンスは少ないものの、臨床的には、病状の軽い早期において、その診断が正確に行われ、介入がされることが、予後に大きな影響を与えることは英国だけでなく、先進諸国では共通の認識となりつつある。すなわち、これは早期診断とこの結果が示されると同時に、ケアが介入することが現時点では認知症の重篤化を予防するのに効果的であることが臨床家にとっては、常識となってきたことを意味する。そして、この早期の診断を早めるためには、患者になる可能性がある国民すべてが、認知症に関するセルフケアのレベルを高めることが求められ、このためには地域の医療資源の有効な利用方法の検討が必要とされている。

また、Prime Minister's Challenge on Dementia [注4)]という最近の報告書では、認知症サービスの将来に向けた多くの着眼点と関与方法が示されている[20)]。この中には、認知症患者に優しい地域づくりや認知症患者の個人の特徴に合ったケア計画の保証などが謳われている。さらに英国では、とくに認知症患者に対するケアの提供に際しては、医療的、健康にかかわる予防的そして複数の領域から提供される社会的ケアの統合が必要であることが認識されつつあり、これらが複合して提供されることによって、良いアウトカムが得られることが認識されつつある[20),21)]。

以上のように、英国の高齢者は医療・健康・社会ケアサービスの最も重要な顧客と認識されていることからも、彼らに質の良いケアを提供することが強く期待されている[22)-24)]。

ただ、日本と異なった観点としては、高齢者に対するサービスのアウトカムとして、サービス利用者や介護者が独立して自分自身で、自分への支援を管理し、どんな支援を、いつ、どのように提供されるべきかをマネジメントできる必要があると規定されていることであろう[25)]。これは高齢の認知症患者も例外ではない。

つまり、認知症高齢者自らが健康状態を管理できるように支援するようなサービスの提供を拡大することで提供しなければならないケアの質を向上させる[25)]という戦略がとられているといえよう。このことは、長年にわたって、医療政策の一環として、国民にセルフケアやセルフマネジメントをすすめてきた英国ならではともいえる。

注4) Prime Minister's Challenge on Dementia とは、2009 年に策定された認知症国家戦略を受けて展開されている 2012 年時点の施策の進捗状況および 2015 年に向けた課題を取りまとめた報告書である。

２　統合ケア(integrated care)としての認知症患者へのケアの特徴

認知症の患者やその家族らは、認知症へのケア提供方法の複雑さから、在宅でも、施設でもケアを受けることが困難と感じている[26]。それは、認知症の場合、提供されるケアが固定化していたり、ケア提供時間が管理されていたり、作業効率を志向する方法で提供されるケアとの相性があまりに悪いからとされている。これは認知症患者へは、その変化に柔軟かつ迅速に対応するケアこそが必要と考えられているためである[27]。

英国でも、日本でも認知症患者へのケアは、社会的な、あるいは認知症患者の情感に寄り添うようなケア、さらには疾病特有の症状に対する医療的ケアと同時に、患者の固有の特性を踏まえたケアを包含しなければ、うまくケアが提供できないと言われてきた。

しかし、わが国の現状のケア提供の在り方では、こういった患者固有のケアが含まれなければならないとされた場合には、ケアの一貫性が欠如するリスクが大きくなる。なぜなら、ケアを提供する組織には、それぞれ固有のケア提供手順があることが多く、スタッフのケア提供の在り方の標準化はすすんでいないからである。このため、認知症患者らへのケアは対処的、悪く言えば、場当たり的な対応となることが少なくないとされてきた。この結果として、認知症患者やその介護者の日常生活は不安や混乱がおきる可能性が高くなり、認知症患者は症状が悪化し、介護者の介護負担も高くなるとされてきた[28]。

さて、わが国の地域包括ケアシステムが提供することになる統合ケアは、ケアの連続性や複数のサービス間の調整、サービスに参加する際の意思決定の原則がある[29]。この統合ケアは学際的なチームによるケア提供を指す場合もあれば、異なる施設に跨ってケアが提供される場合を指すこともあり、多様な文脈の中で利用されてきた用語ではある[30]が、このケアの目的はケアを迅速に円滑に提供することを促進しながら、継続的にニーズをモニタリングできることを可能にすること[31]である。つまり地域包括ケアシステムの目的は、この統合ケアを地域圏域内で提供できるようにすることといえる。

一般にサービス利用者は、１つの場所でサービスのアクセスの手続きができるほうが好ましい。これは彼らがサービスを受けることになる複数の組織に自分のことを何度も話さなければならない事態を回避できるからである。したがって、単一の窓口を原則とする統合ケアは利用者に関する共通理解を深め、サービスの一体性を促進するため[32]、利用者にとって有益なケアとなることが知られている。

認知症患者の場合は、ニーズが頻繁に変化する[33]ため、これらに迅速に対応するためには、窓口は一本化されていることが望ましいことは言うまでもない。これは、単一の窓口のほうが、迅速に個別性を勘案しながら、適切な資源・スキルなどの提供がしやすい[34-36]からであるが、こういった点からも認知症患者にとって統合ケアは適している。

さらに、認知症患者の家族支援（integrated family support）も複数の個人や組織によって提供される支援ではなく、統合化された支援のほうが格段に効果的である[37,38]と述べられており、統合ケアは、認知症患者のアイデンティティと個性を守りながらケアを提供するためだけでなく、家族の介護にも有効とされる。

この他に認知症患者へのケアは、認知症という疾患に対する医学的な側面から必要とするケアと、いわゆる社会生活の支援のためのケアの統合も必要とされる。したがって、認知症に対する統合ケアは、医療と介護の現場における多職種間で「顔の見える関係」を構築し、介護職と医療職間の、「共通言語の理解」や「コミュニケーションの促進」をするという臨床的統合の上に成立することから、これもまた認知症ケアにとっては有用となる。

統合ケア実現の第一歩は医療と介護という二つの領域が地域包括ケアシステムの中で果たしている役割を相互に理解することであるが、認知症患者へのケア提供を通じて、これが達成される可能性もある。すなわち、この相互を理解する過程で地域連携パスの構築やICTを活用した連携のための環境の整備等の推進がなされると考えられるからである。

これについては、現在、すすめられている認知症における医療と介護の連携機能の高度化を図るための方策である認知症初期集中支援チームの編成とその推進事業の活用がこの連携をすすめる施策となっていくものと考えられる。

3 自治体における認知症ケアを中核とした地域包括ケアシステム構築への取り組みと課題

認知症初期集中支援チームの編成とこれらチームによるアウトリーチに関する事業は、2013年度に厚生労働省老健局が実施しているモデル事業として実施された。これは認知症の初期症状がみられる高齢者への初期の集中的な介入を行うことによって認知症の悪化を防止し、さらに認知症初期に介入することによって、即施設入所とならないように地域における医療・介護に係る様々なサービス提供資源を活用しながら、可能な限り在宅生活を継続できるような体制を構築することを目的とした事業である。

2013年度に認知症初期集中支援チームを任意の自治体が組織し、医療や介護、福祉の専門職が作成したそれぞれの計画と連動し、新しく統合化されたケースマネジメントを実行した。この任意の自治体は、同年度は全国で14自治体であったが、2014年度末には、41自治体、そして、2015年度末には703自治体に設置されることとなった。この事業では、各専門領域で働いてきたヘルスケアに関わる専門職同士が統合的なチームとなって初期症状を呈している認知症高齢者に対して、サービス提供をするシステムを創っていくが、この統合的なチームには組織を動かすための計画書が必要となる。

だが、認知症の患者には、すでに医療機関では医師が立てた診療計画があり、介護保険サービスを利用する高齢者であれば、居宅（介護予防）サービス計画がある。あるいは医療機関同士で行われている地域連携診療計画もあるというように多くの計画が立てられている。このため、これらの計画の遂行とこの新しい統合的なケースマネジメントである認知症初期集中支援に係るサービスの提供のための計画の整合性をどのようにとってすすめていくかという課題が生まれている。

これに対して、このチームを発足させた当該自治体内においては、この認知症初期集中支援に係る専門職を対象とした研修会を開催し、この認知症初期集中支援のための計画の見直しをはじめとする、新しい試みとしての統合化されたチームによるケースマネジメント

が実施されることが求められた。

地域医療計画等で自治体内での認知症疾患医療センターや物忘れ外来等の数は決まっており、そこで医療機関に所属する相談支援に関わる専門職はある程度、想定できる。また、自治体内にどの程度の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、介護保険関連施設があり、介護支援専門員や地域包括支援センター職員等の相談支援に係る専門職が登録されているかについても資料を保持している。

すなわち自治体は、いわば認知症ケアに係るサービス供給量をほぼ把握している。現在は、この供給と需要とが大きく乖離していることに問題があるとされている。こういった状況の中で認知症の初期症状が見られる高齢患者に対して、集中的な介入を行うことにより、良好な効果（アウトカム）をもたらすことを目指そうという初期集中支援というアプローチは、一見、迂遠にみえるかもしれない。だが、統合的なケースマネジメントを行う際には、この基盤となってくる初期の集中支援システムを確立しておくことは必須といえる。

現在、認知症初期集中支援チームは、重大なリスクを抱えている認知症も対象としており、支援の介入の効果（アウトカム）は一見、乏しいとみなされる対象も含まれている。しかし、この初期集中支援のプロセスを確立していくことこそが、この事業に課された大きな命題といえる。また、いずれの対象においても支援計画を立案する際に効果に関する点を明確にしてもらうことが必須とされるが、今後、自治体は、チーム対応をする対象の優先度を決めていかねばならない。その際の考え方は、自治体の規範的統合の考え方によるといえる。

また、認知症ケアに携わるケア提供者の臨床知見の共有は、この事業での目的のひとつである。実際のサービス提供に際して統合ケアを成功させるためには、現場で働いている職員のもつ臨床知見の蓄積と体系化が行われなければならない。

例えば、自治体は現在、取り組んでいる在宅医療連携拠点事業と地域ケア会議をはじめとする多職種協働の連携のためのシステムを活用し、その中で多職種連携の関係性作り（顔の見える関係作り）、多職種合同の事例研究等の機会を増やしていかねばならない。それは、これらの実践が医療と介護の専門職間のコミュニケーションの向上・改善による意思疎通の促進や考え方・方針の共有を図ることにつながるからである。

さて、近年 Care Concepts と呼ばれる統合された認知症サービスで働くフォーマルケアラー[注5)]の経験が質的な研究手法によって検証され、認知症患者に柔軟で迅速なサービスを提供するための課題が研究されつつある[39)]。ここで紹介するサービス提供組織 Care Concepts は、準民間組織であり（地方自治体から資金を受けている人々と、NHS[注6)]や民間団体による継続的ケアを受けている人々にケアを提供している）、これはサービス利用者の心身の健康状態の改善と、急性や施設でのケアのニーズを減らしたり遅らせたりす

注5) なお、ここでのフォーマルケアラーとは、レスパイトやデイケア、アウトリーチなどにおける利用者に対し初期段階のケアを提供している介護職員を意味している。
注6) NHS の継続的なケアは、NHS によって財源のねん出がなされる調整されたケアパッケージのこと。このケアは、患者のケアニーズが医療に係るものであるかどうかによって、その提供の判断がなされ、在宅、ケアホーム、あるいは NHS の医療機関において提供される。

るために、柔軟でまとまった支援という形で統合された認知症ケアを提供している。

この Care Concepts では、在宅ケア、デイケア、レスパイトケアという３つの主要なサービスを提供している。デイケアとレスパイトケアは、在宅ケアが担っている部分以外の中心的施設において提供されている。この３つのサービス提供は Care Concepts と自治体の高齢者サービスとの協働関係の中で発展してきた。

Care Concepts が定義するところによると、「統合ケア」とは、多数の異なるサービス提供者ではなく、同じサービスが提供するデイケア、レスパイト、在宅ケアによって構成されている。つまり、認知症患者は３つのサービス全てを使う中で同じスタッフと会う、これによりスタッフはその患者をよく知り、彼らの変化に富んだ、流動的なニーズをより理解するようになるとされている。

現在、Care Concepts が認知症患者への統合ケアの提供においてどれくらい成功したかを確認するためにサービスの評価が行われている。その評価の範囲は広いが評価の観点として「迅速かつ柔軟な提供」、「持続的なケアの提供」、「部署横断的な作業の提供」、「技術、知識、専門性の獲得」といった点が重要であるとされている。いずれの点も重要であろうが、自治体は、この 4 点に関して、独自に優先順位を決めて取り組む必要がある。

４　自治体におけるこれからの認知症ケア推進のすすめ方

自治体が認知症施策として、地域包括ケアシステム強化のために結果として有効な方策は認知症の実態把握のための調査を利用することであろう。すでに各自治体は、認知症高齢者数の推計値を算出しているが、要介護認定データの分析や介護保険事業計画策定時の日常生活圏域ニーズ調査において、初期の認知症を発見できるアセスメント（DASC）を実施する方法は最低限、実施すべき事項として規定されている。

DASC によって明らかにされた、初期の介入が必要な認知症患者の人数とそのレベルは、地域が持っている認知症に関連する社会資源としての人や施設、サービスとの整合性を図るための計画策定において、地域包括ケアシステムによって認知症ケアの推進を検討する際の基礎データとなる。そして、わが国でとりわけ重要と考えられることは認知症高齢者への支援方策を、どこで、誰がやっていくかを明確化しておくことが必要となる。

保険者である自治体を中心に「対象者の状況把握」、「アセスメントの実施」、「地域ケア会議」の開催等を通じて介護と医療の一体的な認知症ケアマネジメントシステムを創ることが、結果として地域包括ケアシステム創りと同等の取り組みとなるが、この実行には、郡市医師会の協力は必須となる。当該自治体における医師会と自治体とは、必要に応じてここの症例の情報共有を行なうという linkage レベルの連携がなければ、認知症高齢患者にはサービス提供ができない。このため、その契機となるような医療と介護の連携のための委員会は設置すべきであろう。

また、認知症の家族への支援には特段の配慮が必要である。認知症ケアにおける家族の関わりは、現在、認知症の方々が地域で生活する際の基盤となっている。このため「家族支援」

が大きな柱となることは、現時点では当然のことであり、重要な点となる。

さて、認知症ケアを組織として提供するという観点から考えると、認知症ケアと言う専門的な能力の発展は、認知症ケアに携わる介護者の職場環境によって促進される場合もあれば、抑制される場合もある[40]と言われている。ケアのこうした側面は「ケア環境」として言及されてきたが[41]、これには意思決定の共有、組織的支援、密接なコミュニケーション、効果的なスタッフ同士の関係の発展とリスク負担などが含まれる。

こういった組織における統合の作用を促進したり、阻害したりする組織的要因は、すでに研究者が特定しており、いかに組織間の業務上（哲学と思想の両方）の差異が円滑なケア提供を阻害しているかが強調されてきた[42]。

また、ケアに必要とされる委託の在り方や介護職員の管理といった枠組みと柔軟なケア提供の必要性とは互いに相容れないところがあるとも言われており、柔軟な労働力の提供のためには、提供者同士のより密接な統合や地域内のリーダーシップが必要であると[43]言われている。

以上は、認知症ケアに係る臨床的な課題やケア提供システムに係る課題を示したものであるが、前述した英国の Care Concepts の取り組みは日本でも参考となるだろう。とくに認知症患者との効果的なコミュニケーション、つまり患者が意思決定できるような持続的支援の提供やサービス提供への柔軟なアプローチの維持や患者の複雑で変化するニーズへの対応には統合ケアの思想を応用すること[44,45]が有効との観点は重要と考える。

ただし、これらのコミュニケーションをいかに工夫したとしても、介護者の態度によって、専門家のケアは影響を受けることが多いとされており、認知症患者の変わりやすいニーズをよく特定するために言語的・非言語的な対話方法に関するエビデンス[46]をいかに蓄積し、発展させ、確立すべきかが今後の課題となる。

５　日本における認知症初期集中支援の基盤整備における先駆的事例

英国の Care Concepts の取り組みは、認知症ケアを必要とする方々のための提供体制の整備にあたってのガバナンスの事例である。そもそも医療や介護・福祉といった複合的なサービスを効果・効率的に提供体制を構築するためには、対象となる疾患（この場合、認知症）の地域圏域内における患者数や必要なケア量といったことを定量的に把握することが求められる[47]が、これまで、この量の把握の方法について、わが国では十分に議論されていない。

日本における認知症初期集中支援チームは、現段階で多様な役割を担うこととなっているが、いわゆる認知症の初期段階での発見を目的としたサブシステムを地域包括ケアシステムに、ビルトインしている自治体はほとんどない[48]。すなわち、認知症早期発見に資する費用の算定が十分になされていない。

前述したように認知障害は、障害の程度が軽度の段階で発見され、その時点での適切な対応がなされれば、認知機能の低下を遅延できる可能性が示唆されている。すでに、わが

国の居宅介護サービスの利用者においても認知症初期集中支援チームで用いている DASC（Dementia Assessment Sheet in Community-based integrated care system；ダスク、地域で生活する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツール）での評価を実施し、その経年的変化を分析した調査結果からは（6か月間・計4回の全調査を受けた 1,096 人のデータ）、認知症段階での早期対応が認知症の症状の悪化を予防しうる可能性がある[49]。したがって、認知症の早期発見を目的としたチーム活動は、結果として認知症施策として重要といえる。

また、地域ケア会議を通じて、認知症の早期把握・早期対応の推進が地域の課題であると、地域ケア会議等で示される自治体も散見されつつある。

以下で紹介する松戸市でも、①市レベルの課題の解決を目指す市地域ケア会議、②地域レベルの課題の解決を目指す地域包括ケア推進会議、③困難事例等の個別事例の課題の解決を目指す地域個別ケア会議の3層構造の会議で地域課題の把握・解決を図っているが、この地域ケア会議の議論の中で、後述するような個別事例が議論され、これらの個別事例から、普遍的な課題として抽出されたものがある（表 2-1）。

表 2-1 地域個別ケア会議における個別事例と抽出された市レベルの課題

個別事例の概要	市レベルの課題
○独居の認知症高齢者で、頼れる身内がいない。金銭管理ができないため、家賃の滞納や食の確保ができず、週6日デイサービスを利用。独居の認知症高齢者で、生活課題が深刻化するまで顕在化しなかった。 ○認知症高齢者を配偶者が1人で介護。症状が悪化し、配偶者の介護負担が重くなっている。介護保険は未申請で、配偶者は人の世話になることを嫌がり、1人で介護を抱え込んでいる。今後は、認知症高齢者を把握する手段を検討することが必要。〃	○認知症の場合、軽度認知障害（MCI）の段階など、早期の段階で把握することによって、予防を図りやすいことから、認知症の早期把握・早期対応を推進していくことが必要。

（資料出所：平成 28 年度第1回松戸市地域ケア会議資料）

松戸市の認知症者は、2015 年には 1.9 万人と推計され、2025 年には 2.4 万人～2.6 万人に増加すると推計されている。また、国の推計法に基づけば、認知症の前段階である MCI（軽度認知障害／Mild Cognitive Impairment）の人は認知症の人とほぼ同数と推計されている。粗い推計では、現状で 1.9 万人程度、2025 年には 2.4 万人～2.6 万人程度になると考えられている。松戸市にとって、軽度認知症の早期把握及び継続的ケアマネジメントに取り組むことは、地域課題として十分に検討すべき内容であり、その解決を図るために松戸市では、「まつど認知症予防プロジェクト」（図 2-1）が実施されてきた。

この「まつど認知症予防プロジェクト」の目的は、軽度認知症の把握ができていない、医療機関に受診できていない、セルフケアができていないなど認知症の早期支援に関する課題を解消し、認知症予防を推進することをであった[注7)]。具体的には、実施機関（地域包括支援センター、かかりつけ医療機関、かかりつけ薬局、介護事業所、ケアマネ事業所）の専門職が、①軽度認知症の早期把握・アセスメント、②ケアマネジメント、③モニタリングを実施するというものである。同時に、認知症早期の発見システムを市内全域で構築するため、松戸市医師会・松戸市薬剤師会・松戸市特別養護老人ホーム連絡協議会・松戸市介護支援専門員協議会・松戸市通所介護事業所連絡協議会等の関係団体とコーディネーションレベルの連携を図ることを基本としたプロジェクトを構想し、実施してきている。

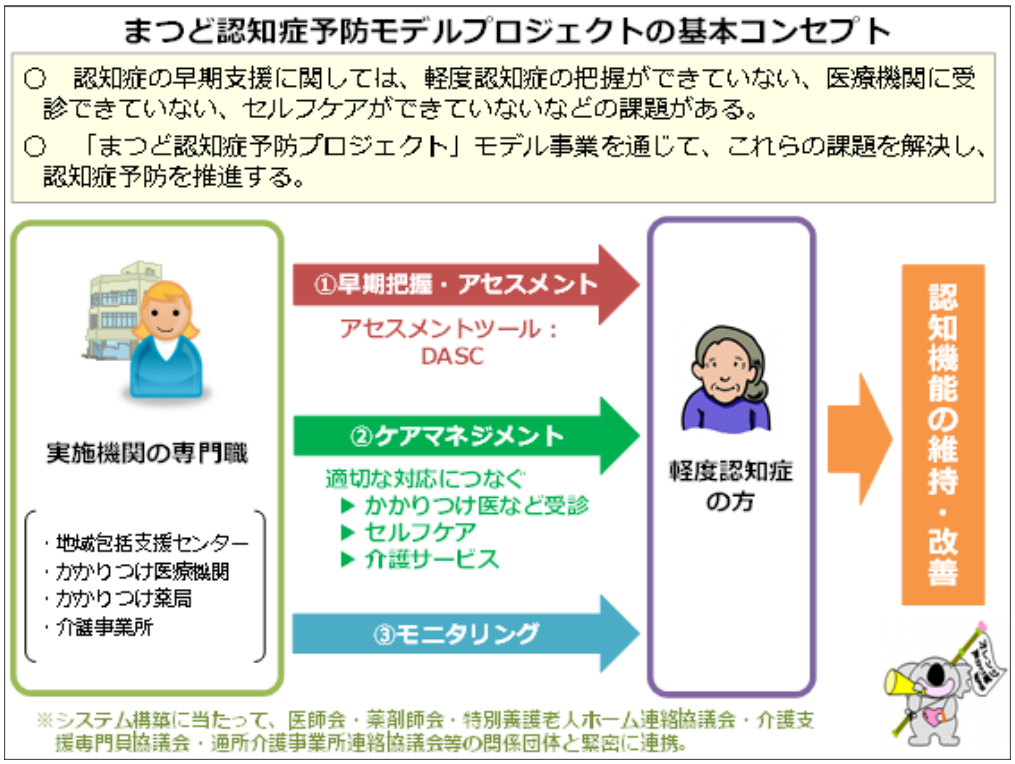


図 2-1　まつど認知症予防モデルプロジェクト

松戸市のプロジェクトでは、早期の認知症発見と、その情報把握が目的とされ、さらに、発見に際して、地域包括支援センタールート、かかりつけ医療機関ルート、かかりつけ薬局ルート、介護事業所ルート、ケアマネ事業所ルートの５ルートが詳細にモデル化されている。それぞれのモデルにおける基本的事項は表 2-2 のように整理されているが、アセスメント・ケアマネジメント・モニタリング実施件数の目標が設定されていることは重要であろう。

注7)2016 年度は、国の補助金を活用したモデル事業として実施し、2017 年度からは、介護保険法に基づく地域支援事業における認知症総合支援事業のうちの認知症地域支援・ケア向上事業の一環として、松戸市の事業として実施されている。

なお、この早期発見やそのマネジメントを実施する者に対する研修も、松戸市独自に定められており、①本プロジェクトの概要・意義・実施方法、②認知症の総合アセスメント・DASC の使用方法、③本プロジェクトにおける医療連携・セルフケアの考え方と実施方法を含むものとなっており、自治体における規範的統合をすすめる方法論として実効性が期待できるものとなっている。

表 2-2　取組パターンごとの基本的事項

形式	把握・ケアマネジメント 実施者	ｱｾｽﾒﾝﾄ・ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ・ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ 実施件数の目標
地域包括支援センタールート	地域包括支援センター職員 （実施者研修受講必要）	300 件程度 注8) 1 ｾﾝﾀｰ：20 件程度
かかりつけ医療機関ルート	看護師など （実施者研修受講必要）	60 件程度
かかりつけ薬局ルート	かかりつけ薬剤師 （実施者研修受講必要）	60 件程度
介護事業所ルート	介護職員 （実施者研修受講必要）	60 件程度
ケアマネ事業所ルート	介護支援専門員 （実施者研修受講）	60 件程度

おわりに

わが国では介護保険法における「地域包括ケア」に係る理念規定の創設がなされ、介護保険法 第 5 条第 3 項（2011 年 6 月改正、2012 年 4 月施行）には、「国及び地方公共団体は、被保険者が、**①可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、②保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、③医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。**とされた。

注8）軽度認知症の把握・ケアマネジメント・モニタリングに主眼を置いた事業なので、軽度認知症以上と判定される可能性が相当程度あると考えられる方に事業参加を呼び掛けることとしている。なお、既に認知症の診断がなされ、認知症に関する治療などが行われている者については、原則として、対象者としない。DASC による判定の結果、MCI または健常である可能性が高いと判定された場合についてもアセスメント・モニタリングを実施している。把握・ケアマネマネジメント実施者は、当該年度における認知症地域支援推進員としての業務を実施したこととされている。

また、わが国の社会保障の今後の在り方を示す社会保障国民会議報告書（2013 年 8 月）の第１部 社会保障制度改革国民会議の使命、「３ 社会保障制度改革の方向性」においては、「（６）地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て」の項で、「地域の事情を客観的なデータに基づいて分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要となる。」と明示された。これにより、地域包括ケアシステムの構築そして推進は、いわば国策となったともいえよう。

本章では、この国策となった地域包括ケアシステムの構築と推進に際して、認知症の高齢者の地域生活を継続できることを目的にすることが、結果として、integrated care における規範的統合を図ること、そして実体としての地域包括ケアシステムの構築につながるということを述べてきた。

また、地域包括ケアシステムの中核として機能すべきと考えられている自治体には、認知症患者が在宅で生活できるような医療と介護サービス提供の integration を図るための実態把握と目標値の設置が明示される必要があることを述べ、そのための方策として、2013 年度から、新たな認知症初期集中支援チームが発足していることを紹介した。

ただし、これらのシステムの基盤となるのは、integration の基盤が規範的統合の上にあることを鑑みれば、今後、国は、英国がやってきたように、そして今も行っているように住民や認知症となった患者自身、それを介護する介護者における養生（セルフケアやセルフマネジメント）のあるべき姿を模索しながら、common sense を創ることである。

それは、図 2-2 に示したように、サービス提供者、地域住民、自治体職員、保健・医療・福祉の実践家それぞれがそれぞれの立場で、考えていかなければならないことがあることを意識することが重要であり、そのような場を地域の中につくってきた松戸市の例は、十分に、わが国でも実現可能であることを示している。

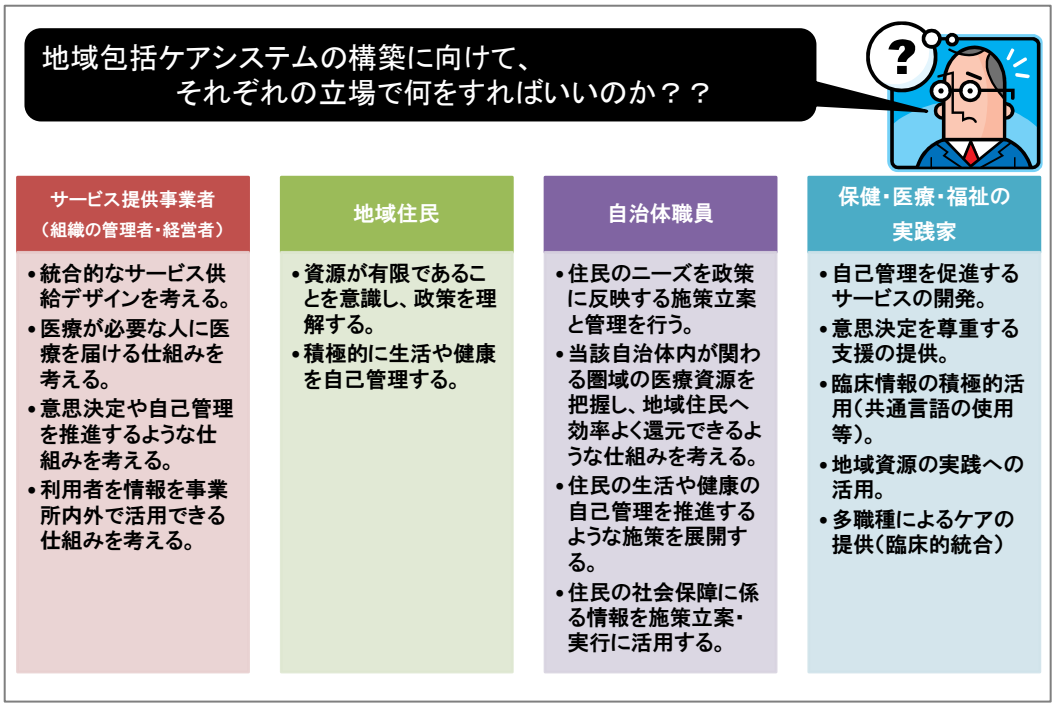


図 2-2　地域包括ケアシステム構築に向けてそれぞれの立場で考えるべき事柄の例

日本にとっては、このような場を創っていくことが最も重要であるが、これを実現するための取り組みを行っていくことは、同時に最も困難でもあるといえるだろう。

引用文献

1) 筒井孝子. (2014). 地域包括ケアシステムの理論—integrated care の考え方とその応用—. 中央法規, 東京
2) Welton, W. E., Kantner, T. A., & Katz, S. M. (1997). Developing tomorrow's integrated community health systems: a leadership challenge for public health and primary care. Milbank Quarterly, 75(2), 261-288.
3) Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D., Erickson, K., & Mitchell, J. (2000). Remaking health care in America: The evolution of organized delivery system. San Francisco: Josey Bass.
4) Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. International Journal of Integrated Care, 1.
5) Penning, M. J., Roos, L. L., Chappell, N. L., Roos, N. P., & Lin, G. (2002). Healthcare restructuring and community-based care: A longitudinal study.
6) Shannon, K. & Van Reenen, C. (1998). PACE: Innovative care for the frail elderly. Health Progress, 79, 41-45.
7) 厚生労働省.(2012).認知症施策推進５か年計画(オレンジプラン)（平成 24 年 9 月 5 日）(2012)
8) 厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）.(2013).「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応（研究代表者：朝田隆)」総合研究報告書
9) 厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）.(2013).「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究（研究代表者：二宮利治)」総合研究報告書

10) 平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業.(2013)「精神科病院に入院が必要な認知症の人の状態像に関する調査研究事業（株式会社 富士通総研)」報告書
11)平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業.(2014)「精神科病院に入院が必要な認知症の人の状態像に関する調査研究事業（株式会社 富士通総研)」報告書
12) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム.(2012).今後の認知症施策の方向性について（平成 24 年 6 月 18 日）
13) Department of Health. (2009). Living well with dementia: A national dementia strategy. Department of Health.
14) Lakey, L., Chandaria, K., Quince, C., Kane, M., & Saunders, T. (2012). Dementia 2012: A national challenge. London: Alzheimer's Society.
15) Department of Health. (2001). National service framework for older people. London: Department of Health.
16) The National Institute for Clinical Excellence. (2007). Supporting people with dementia and their caregivers in health and social care, NHS, London.
17) Brown, J., & Hillam, J. (2003). Dementia: your questions answered. Elsevier Health Sciences.
18) O'Connor, D., Phinney, A., Smith, A., Small, J., Purves, B., Perry, J., ... & Beattie, L. (2007). Personhood in dementia care Developing a research agenda for broadening the vision. Dementia, 6(1), 121-142.
19) Department of Health. (2010). Equity and excellence: Liberating the NHS.
20) Department of Health. (2012) .Prime Minister's challenge on dementia Delivering major improvements in dementia care and research by 2015. London: Department of Health. available at https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215101/dh_133176.pdf
21) Petch, A. (2012). The tartan road: The Scottish route to health and social care integration. Journal of Care Services Management, 6(1), 16-25.
22) Wanless, D. (2004). Securing good health for the whole population. London: HM Treasury, 4, 2003-2004.
23) Wanless, D., Forder, J., Fernández, J. L., Poole, T., Beesley, L., Henwood, M., & Moscone, F. (2006). Wanless social care review: securing good care for older people, taking a long-term view. King's Fund.
24) Knapp, M., Prince, M., Albanese, E., Banerjee, S., Dhanasiri, S., Fernandez, J. L., & Stewart, R. (2007). Dementia UK. London: Alzheimer's Society, 7.
25) Department of Health. (2010).The NHS Outcome Framework 2011/12, London: Department of Health.
26) Pratt, R., Clare, L., & Kirchner, V. (2006). 'It's like a revolving door syndrome': Professional perspectives on models of access to services for people with early-stage dementia. Aging & Mental Health, 10(1), 55-62.
27) Nolan, L. (2006). Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting–a hermeneutic interpretation of the staff nurse's experience. International Journal of Older People Nursing, 1(4), 208-215.
28) Bamford, C., & Bruce, E. (2000). Defining the outcomes of community care: the perspectives of older people with dementia and their carers. Ageing and Society, 20(05), 543-570.
29) Minkman, M. M. (2012). Developing integrated care. Towards a development model for integrated care. International Journal of Integrated Care, 12.
30) Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications–a discussion paper. International journal of integrated care, 2.

31) Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). What is integrated care. London: The Nuffield Trust.
32) National Audit Office. (2007). Improving service and support for people with dementia, National Audit Office, London.
33) Brodaty, H., Draper, B. M., & Low, L. F. (2003). Behavioural and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. Medical journal of Australia, 178(5), 231-235.
34) Sixsmith, A., Stilwell, J., & Copeland, J. (1993). 'Rementia': Challenging the limits of dementia care. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8(12), 993-1000.
35) Challis, D., von Abendorff, R., Brown, P., Chesterman, J., & Hughes, J. (2002). Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation. International journal of geriatric psychiatry, 17(4), 315-325.
36) Glendinning, C., Challis, D., Fernandez, J., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., Manthorpe, J., Moran, N., Netten, A.,Stevens, M., & Wilberforce, M. (2008). Evaluation of the individual budgets pilot programme. Final Report. York: Social Policy Research Unit, University of York.
37) Dröes, R. M., Breebaart, E., Ettema, T. P., van Tilburg, W., & Mellenbergh, G. J. (2000). Effect of integrated family support versus day care only on behavior and mood of patients with dementia. International Psychogeriatrics, 12(01), 99-115.
38) Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond 'person - centred'care: a new vision for gerontological nursing. Journal of clinical nursing, 13(s1), 45-53.
39) Woolrych, R., & Sixsmith, J. (2013). Towards Integrated Services for Dementia: A Formal Carer Perspective. Journal of Integrated Care, 21(4), 5-5.
40) McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. Journal of clinical nursing, 13(1), 41-49.
41) McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person - centred nursing. Journal of advanced Nursing, 56(5), 472-479.
42) Cameron, A., & Lart, R. (2012). Revisiting joint working. Journal of Integrated Care, 20(2), 89-93.
43) CWFI, (2011). Integrated care for older people: Examining workforce and implementation challenges. available at http://www.cfwi.org.uk/publications/integrated-care-for-older-people-examining-workforce-and-implementation-challenges
44) Skills for Care and Development. (2005). "Knowledge set for dementia" available at http://www.skillsforcare.org.uk/developing_skills/knowledge_sets/dementia.aspx
45) van der Kooij, C. H., Dröes, R. M., de Lange, J., Ettema, T. P., Cools, H. J. M., & van Tilburg, W. (2012). The implementation of integrated emotion-oriented care: Did it actually change the attitude, skills and time spent of trained caregivers?. Dementia. available at http://www.akademiefuermaeeutik.eu/wp-content/uploads/2013/02/1471301211435187.full-vd-Kooij-et-al-Dementia-IJSRP.pdf
46) Killick, J. (2004). Dementia, identity, and spirituality. Journal of Religious Gerontology, 16(3-4), 59-74.
47) Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., Wodchis, W. (2014). Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies. London: King's Fund.
48) 筒井孝子（2017）地域包括ケアシステムにおける認知症早期診断および介入を実現するための要件．都市問題 108(1), 71-81
49) 筒井孝子, 東野定律, 大夛賀政昭. (2016).居宅介護サービス利用者における生活機能障害の経時的変化．経営と情報 29(1), 1-10

Ⅲ章　認知症初期集中支援チーム員の役割

１　認知症初期集中支援チーム活動の前提になるもの

（１）定義

認知症初期集中支援チームの「初期」という言葉の意味は、①認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階の意味だけでなく、②認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）という意味をもつ。すなわち、対象となる認知症の人は初期とは限らず、中期であっても医療や介護との接触がこれまでなかった人も含まれる。

また、「集中的」の意味は概ね６ヶ月を目安に本格的な介護チームや医療につなげていくことを意味している。

活動開始時については②が中心となるが、将来的に早期対応、早期支援機能が充実するなど、地域のケアパスが定着すれば①の対象者が中心となってくることが予想される。

① 認知症初期集中支援チームの定義

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人（以下「訪問支援対象者」という。）及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

② 訪問支援対象者の定義

40 歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。

ア　医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者

（ア）　認知症疾患の臨床診断を受けていない者

（イ）　継続的な医療サービスを受けていない者

（ウ）　適切な介護保険サービスに結び付いていない者

（エ）　診断されたが介護サービスが中断している者

イ　医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

（２）実施主体と支援チームの構成

認知症初期集中支援チームの事業の実施主体は、市町村とする。ただし、実施主体は、事業の全部又は一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体に委託することができる。

認知症初期集中支援チームが活動していくには、チームの設置場所、つまり継続的に事業

を実施していく上でのチーム活動の拠点となる物理的な条件整備が必要となる。

一義的には事業の実施主体である市町村においてその場所を確保することとなるが、事業の実施機関として、緊急時の対応等が必要となる場合も想定し、支援チームと訪問支援対象者及びその家族との緊急時の連絡体制の確保ができる体制を整備している地域包括支援センターや診療所等、それぞれの地域における地域包括ケア体制を踏まえ、然るべき拠点整備を行うことが必要となる。

【チーム員の人員配置】

チーム員は以下のアの 3 項目をすべて満たす者とし、複数の専門職（具体的な人数は地域の実情に応じて設定する）にて編成する。

モデル事業においては、市町村は、認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という。）を地域包括支援センター、診療所等に配置することを担っており、実施要綱上、チーム員の配置人数と職種は以下のように定めていた。

チーム員は、以下のアを満たす専門職 2 名以上、イを満たす専門医 1 名の計 3 名以上の専門職にて編成する。

ア　以下の要件をすべて満たす者 2 名以上とする

（ア）「保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者

（イ）認知症ケア実務経験 3 年以上又は在宅ケア実務経験 3 年以上を有する者

（ウ）国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、試験に合格した者

イ　日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師（嘱託可）1 名とする。

平成 27 年度から平成 29 年度にかけて全国で認知症初期集中支援チームを整備するにはこの要件を満たせない地域が少なくないと考えられるため、新しい要件では以下のように修正された。

ア．以下の要件をすべて満たす者 2 名以上とする。

・医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準ずる者であり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市町村が認めたもの

・認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に 3 年以上携わった経験がある者

また、チーム員は国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとする。

ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が同研修を受講していないチーム員に受講内容を共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

イ．日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師 1 名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には=当分の間、以下の医師も認めることとする。

・日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師であって、今後 5 年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの

・認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に 5 年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

（３）チーム員の役割と活動体制

前述のとおり、支援チームは「ア」と「イ」の専門職により構成することになるが、この「ア」と「イ」それぞれが担う役割については、以下のとおりとなる。

「ア」のチーム員は、目的である早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築を目指し、具体的には、訪問支援対象者の認知症の包括的アセスメントに基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

「イ」の専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。なおこの場合の専門医は上記の要件を満たした医師に対して使っている用語であり、学会認定の専門医と同義ではない。専門的なアドバイスを与えるチーム員医師という意味で使用している。

チーム員医師の役割を（図 3-1）に示した。

なお、訪問する場合のチーム員数は 2 名以上とし、医療系職員と介護系職員それぞれ 1 名以上で訪問することとされているが、これは例えば、看護師と社会福祉士の組み合わせであれば、「訪問支援対象者本人と介護者から同時に情報を得る」、「一人が直接対応し、もう一人が記録や室内の様子を観察する」といった複数対応によるメリットを実務的に活かすことができるほか、双方の専門的見識を訪問活動時に発揮することで、バックアップする医師の専門的見解も含め、チーム全体の総合力をもって初期集中支援を実施していくためにも有用であり、多職種で訪問することの意義がより明確になると考えられるからである。ただし地域により人的資源には濃淡があるため、この原則にのっとりながら有効に人材を活用することが求められる。

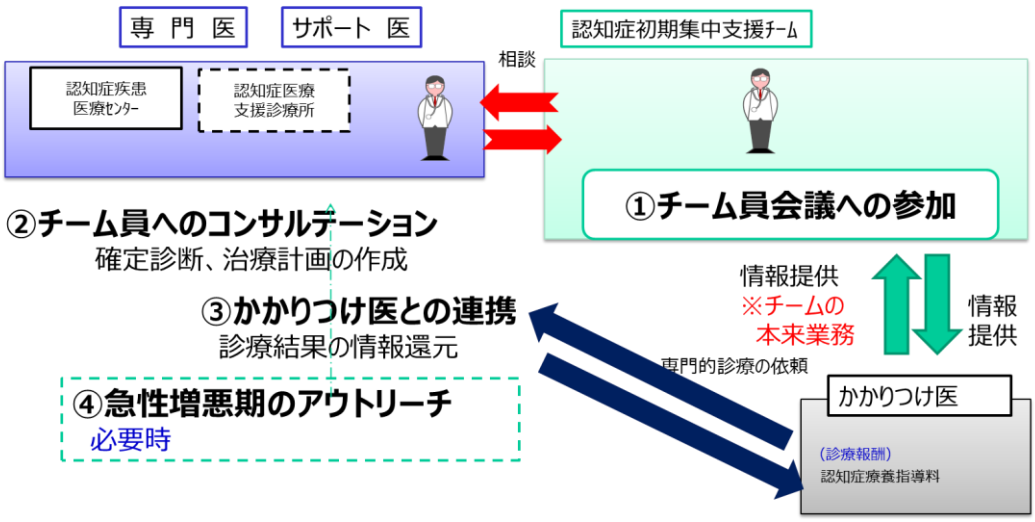


図 3-1　チーム員医師の役割

２　認知症初期集中支援チームの活動内容

このチームの活動内容としては、以下の 3 つが求められている。

① 普及啓発推進事業
② 認知症初期集中支援の実施
　ア 訪問支援対象者の把握
　イ 情報収集
　ウ アセスメント
　エ 初回家庭訪問の実施
　オ チーム員会議の開催
　カ 初期集中支援の実施
　キ チームでの訪問活動等における関係機関等との連携
　ク 初期集中支援の終了とその後のモニタリング
　ケ 初期集中支援に関する記録
③ 「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置

このうち、特に③については、認知症初期集中支援チームの所在、実施機関の相違にかかわらず、活動の実施主体である市町村が中心となって設置～運用していくものであるが、①及び②（特に②）については、認知症初期集中支援チームが中心となって担っていく活動内容となる。

以下、（１）～（11）で、具体的な活動内容について解説する。

（１）普及啓発

できる限り早期の段階から、訪問支援対象者となる見込みの者を認知症初期集中支援チームにつなげるためには、広報活動は極めて重要である。このような支援チームがあることをあらゆる手段を用いて地域に周知する必要がある。対象となる団体や関係機関としては医師会、医療機関、介護支援専門員協議会、サービス事業所、家族の会、地域住民等があげられる。なお、普及啓発の手法としては説明会やセミナーの開催、地域の会報や広報誌等の紙面での紹介が考えられる（図 3-2）。

なお、いうまでもなく、こうした認知症初期集中支援チームの広報活動にあわせて、市町村行政においても認知症に関する普及啓発活動への積極的な取組みを行うことが重要であり、あらゆる世代を超えた住民に対する普及啓発活動の実施や、わかりやすい媒体の作成や認知症に関する情報を伝えるための工夫を行うことが必要である。そのための具体的な方法としては、普及啓発用の媒体（パンフレット）の作成や配布、サポーター養成講座の積極的な開催、認知症に関する講座や講演会において認知症の人や家族の体験などを紹介するなど様々な情報提供の機会をもつことなどが考えられる。

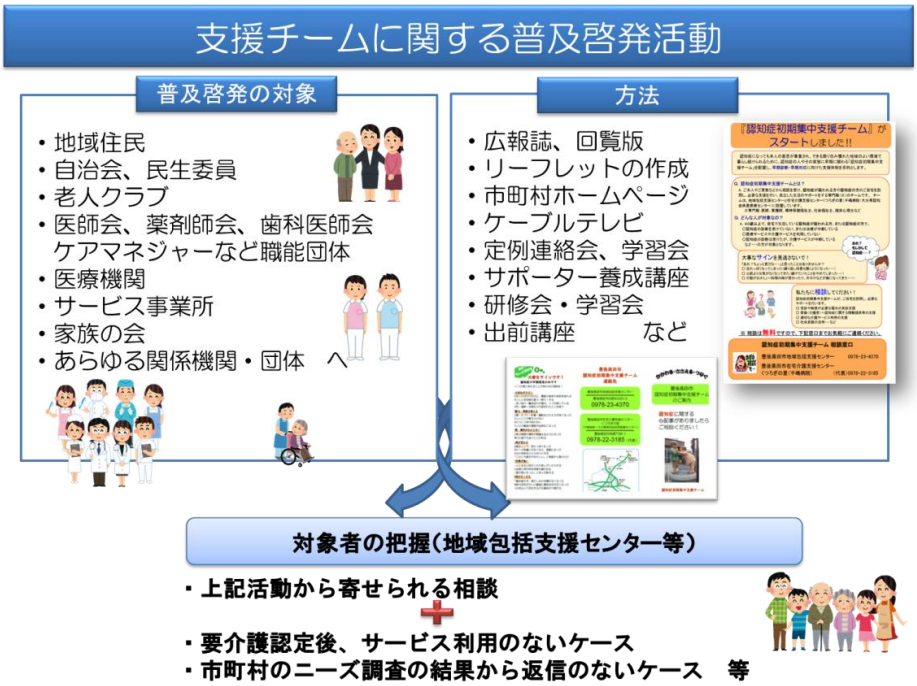


図 3-2　認知症初期集中支援チームに関する普及啓発活動

（２）対象者の把握

認知症初期集中支援チームがかかわる訪問支援対象者を的確に把握することは極めて重要であるが、対象者を把握するための手段、方法は各地域の実情によって様々であろうことが推察される。

一般的にはこうした対象者情報の把握については地域包括支援センターが入手した情報を基にすることが多いと考えられるが、その把握に至る経路は多様であり、以下の例に示すようなあらゆる経路やあらゆる機会をとおして、地域の実情に応じて本事業の対象者を把握することが必要となる。

① 地域包括支援センターに情報が来るのを待つ受動的把握

（例　本人、家族からの相談、近隣住民、民生委員からの相談、介護支援専門員からの相談、医療機関からの紹介等）

② 基本チェックリスト等、また、市町村独自の把握事業（実態調査等によりリスクのある事例の選定）、要介護認定を受けているがサービス利用に至っていない者の選定等を利用する能動的把握

なお、個人情報保護の遵守についてはいうまでもないが、こうした対象者の把握や、情報収集（次の(3)で解説）等の場面においては、認知症初期集中支援チームの実施機関（チーム員活動の拠点）が地域包括支援センターであるか否かにかかわらず、認知症初期集中支援チームと地域包括支援センターとの連携運営体制の構築が必要となる。

（３）情報収集

情報収集については、まず、情報源（本人、家族、親戚、近隣、民生委員、主治医、介護支援専門員、その他）は誰なのかを明確にしておくことが重要である。また同時に、情報源となる人が、どの程度、本人と接する時間があるのかを調べておくこと等も必要となる。

基本情報としては、本人の状況（氏名、住所、生年月日、経済状況、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、住宅環境、認定情報）、家族等の状況、現病歴、既往歴、これまでの経過、生活状況（生活歴、最近の生活状況として日頃の過ごし方、趣味・楽しみ・特技、友人・地域との関係）、本人・家族の思い、希望などについて確認しておく必要がある。

利用しているサービス、生活障害の項目（IADL、ADL、その他）、認知機能の項目、身体状況の項目などである。生活障害、認知機能、身体状況については後に述べる。情報収集時の留意点は原則、本人や家族からの情報を基本とするが、これまでに要介護認定を受けている事例や医療機関を受診している事例、すでに地域包括支援センター等が関与している場合は要介護認定時の情報やサービスの利用に至らなかった経過等の情報やアセスメント内容などをあらかじめ確認することが大切である。

なお、認知症の人に限らず、通常こうした場面においては、同じ質問を何度も繰り返して聞かれることは、大きな苦痛であるばかりでなく時間の損失も大きいことからも、上記情報の共有のできる仕組みを自治体内で検討し、効率的な調査項目に整理することが求められる。

（４）観察・評価

チームの活動の実施においては、アセスメントツールとしてはできるだけ簡易で、短時間で情報が収集でき、すでに有用性等が比較的確立している評価尺度を用いることとし、モデル事業では

① 認知機能と行動・心理症状を評価するアセスメントツールとして『DASC』を
② 認知症に伴う行動障害を評価するために『DBD13（認知症行動障害尺度）』を
③ 身体の様子のチェック票を用いることにした（表 3-1）。

なお、③については DASC や DBD を行うことで同時に評価できるように工夫してある。

平成 27 年度からは上記の特定のアセスメントツールに限定せず、「信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと」と改訂され、各地域でこれまで評価尺度として使用してきたツールを使用することを制限していない。

その他に医療情報（検査データ、薬剤処方など）も随時収集する。その他居住環境、家族の介護対応力の観察・評価、本人、家族の意向とニーズ、自立の可能性などについて観察・評価を行う。

表3-1 初期集中支援チームにおけるアセスメントのための基本アセスメントツール

① 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート
（Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System : DASC）

② 認知症行動障害尺度（Dementia Behavior Disturbance Scale : DBD13）

③ 身体の様子のチェック票

（５）初回家庭訪問

実施に際して初回家庭訪問の実施においてチーム員が行うべき内容については、以下（ア）～（エ）があげられる。

（ア） 支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明
（イ） 基本的な認知症に関する正しい情報の提供
（ウ） 専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用が、本人、家族にとってメリットのあることについて説明
（エ） 訪問支援対象者及び家族の心理的サポートと助言など

初回の訪問所要時間の目安はおおむね 2 時間以内とし、訪問支援対象者本人、家族の了解があれば、2 時間を超えても差し支えないが、相手の疲労度を考慮し、また短時間で複数回の訪問により関係を築くことが効果的であることも考慮することが必要である。

平成 26 年度におこなった全国 41 か所のモデル事業のデータをみると、平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月の 1 年間の訪問実績は 969 例（人）で、3 月末までに終了に至った件数は 528 例（人）であった。把握から初回訪問までの日数は平均 17.4 日だがばらつきが大きく中央値で見ると 7.0 日であった（図 3-3）。終了にいたった 528 例の初回訪問から終了までの日数は平均 87.7 日であり 93%は 180 日以内に終了していた（図 3-4）。この傾向は地域支援事業に移行してからも、全体に短縮傾向はあるが大きな変化はなく、平成 28 年の調査において、把握から初回訪問までの日数は平均 13.5 日で中央値は 8.0 日であった。終了にいたった 893 例の初回訪問から終了までの日数は平均 64.8 日であった。訪問時の留意点としては以下の①～⑥があげられる。

① 市町村保健師、地域包括支援センター職員や主治医、介護事業者との連携を常に意識し、情報共有のできる仕組みを確保すること

② 対象者の把握において、チーム員が直接知り得た情報の場合も地域包括支援センターと情報共有のうえ訪問すること
③ 十分な情報を得るための配慮を行うこと
④ 家族の同席の確保を図ること
⑤ 独居の場合は協力の得られる家族やその他の人の同席を調整すること
⑥ チーム員の受入拒否の可能性の高い場合の対応としては、実施主体である行政（保健師等）の協力を仰ぎながら、支援の糸口を探るといった対応方法について各関係機関と協力の上、支援を図ることが有用なことがある。

家庭訪問における基本的姿勢は、まず信頼関係の構築であり、これなくしては次のステップには進めないので、まずは、チームの役割の説明し信頼関係の構築を図ることが必要である。

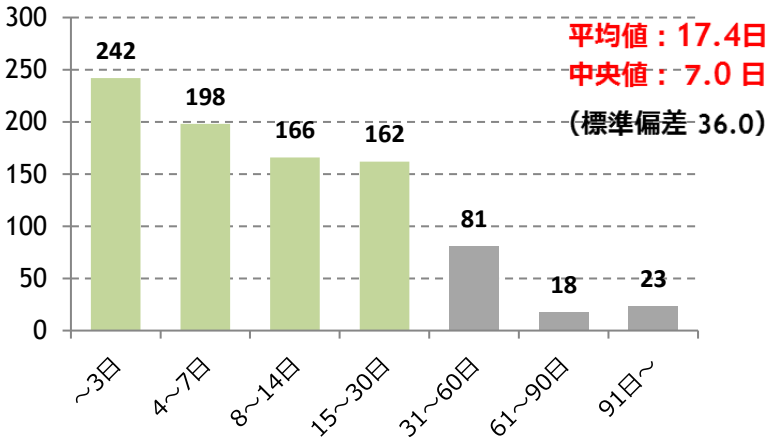


図 3-3　把握から初回訪問までの日数

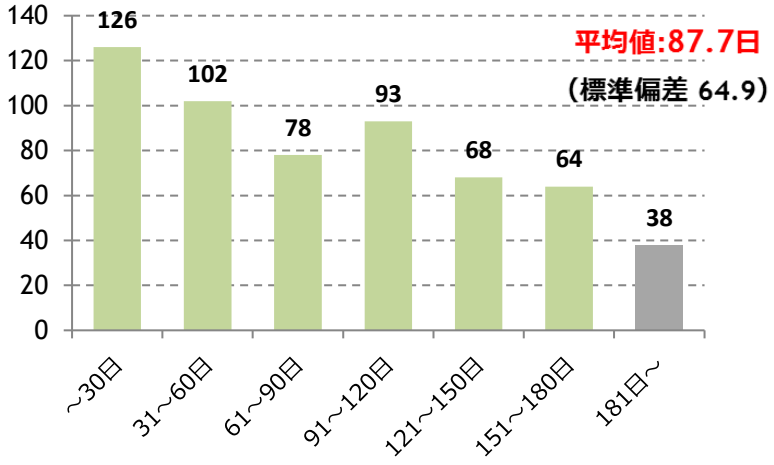


図 3-4　初回訪問から終了までの日数

（６）チーム員会議

初回家庭訪問後には、必ずチーム員会議を開催することが必要となる。初回のチーム員会議では、まず初回家庭訪問を通じて得られたアセスメント内容の総合チェックを行い、その対象者及び介護者に対してどのように医療や介護サービスが必要かを、専門医を含めたチーム員会議の場で検討し、個別の支援方針＝いわば『初期集中支援計画』についてチーム内で立案を行っていくことが必要となる。

なお、チーム員会議には、チーム員である専門医のほかにも、必要に応じて、訪問支援対象者のかかりつけ医や、担当する介護支援専門員、市町村関係課職員を招集することも考慮すべきである。

チーム員会議については、初回家庭訪問後の開催だけでなく、実際に初期集中支援を実施し出した後においても、適宜、必要に応じて開催（＝チーム員が集まって支援方針の確認や見直し検討を行う等）することになるが、例えば、初期集中支援の終了要件でもある介護保険サービスへの引継ぎ前には、必ず開催することが必要である。

チーム員会議の様式、記録の作成と保管については、各地域の実情に合わせた形で行うが、必ず検討内容や決定の経過などがわかるようにしておく。

（７）認知症初期集中支援の実施

どの程度の頻度で支援が必要かは事例によって異なり、個別事例に応じた支援頻度を設定し、内容をチーム員会議で確認する必要がある。チーム員会議で決定された支援方針等に基づき、チーム員により認知症初期集中支援が行われる。

認知症初期集中支援の期間は集中という定義と関連するが、訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で 6 か月までとする。

初期集中支援の内容は表 3-2 に示すような（ア）～（オ）のとおりとされており、訪問支援対象者の状況に合わせて適宜、実施されることになる。

表3-2　初期集中支援の内容

（ア）医療機関への受診や検査が必要な場合は、訪問支援対象者に適切な医療機関の専門医受診に向けた動機付けを行い、継続的な医療支援に至るまで支援を行う。
（イ）訪問支援対象者の状態像に合わせた適切な介護サービスの利用が可能となるように、必要に応じて介護サービスの利用の勧奨・誘導を行う。
（ウ）認知症の重症度に応じた助言
（エ）身体を整えるケア
（オ）生活環境の改善　など

具体的な支援内容の例として、身体を整えるケアとしては、身体状況のチェック項目から判断して、水分摂取、食事摂取、排泄、運動などの項目への助言や、本人、家族への教育的支援、生活環境の改善、継続的な医療支援、服薬管理、介護保険サービスが必要な場合の調整、介護保険サービス以外の社会資源の活用、権利擁護に向けた調整を行う。

また、未受診者で要介護認定が必要な場合については、本人等の同意を得た上で、チーム員がかかりつけ医等に主治医意見書の作成にかかる必要な情報の提供を行うことも想定される。そのためには支援チームとして、各地域では、本人、家族や介護者にわかりやすい、説明用のツールが必要となる。初回はまず認知症初期集中支援チームの役割を本人や家族に知ってもらうことを最優先とする。

どのような項目の説明のためのツールが必要かを表 3-3 に示す。

表3-3 初期集中支援時の使用媒体（例示）－何を使って指導するか－

1 基本的な情報
・認知症について
・認知症の行動・心理症状について
・治療について
・家族の対応について

2 地域の特性に合わせた社会資源情報
・医療情報、医療資源、人材
・介護サービス資源
・インフォーマルなサービス　など

基本的媒体としては、認知症とはいかなる病気であるか、治療や家族の対応に関する項目も必要である。また、行動・心理症状に関する説明も合わせて時期をみて行っておく必要がある。それと同時に重要なのが、その地域の特性に合わせた情報であり、地域の医療情報、医療資源、人材に関する情報、介護サービス資源、インフォーマルなサービスに関する情報は極めて有用である。支援チームはこれらの最新の情報を常に更新して、所有していることが必要になる。

（８）初期集中支援の終了

初期集中支援の終了については、訪問支援対象者のそれぞれの支援方針（＝初期集中支援計画）に基づいた、認知症初期集中支援チームとしての遂行業務について、一定程度の目的が達せられたことなどがチーム員会議の場において判断された場合に、終了することとなる。

なお、初期集中支援の終了が、通常は医療・介護サービスへの引継ぎとなることが想定されるため、地域包括支援センターや担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で、対象者への何らかの支援やサービス投入が円滑に引き継がれていくことを前提として、引継ぎとその後のモニタリングに関する規定を設けている。

なお、初期集中支援が終了した後に、介護保険サービスへの円滑な引継ぎの方法としては、例えば、以下の方法が考えられる。

①対象者の自宅への同行訪問
②チーム員会議への担当介護支援専門員の参加
③チーム員によるケアプラン作成時への支援
④チーム員がサービス担当者会議へ参加する　等

また、引継ぎ内容は、基本情報、アセスメント内容、支援目標・内容、これまでの関わりの経過等であるが、これらの情報を引き継ぐための一定の手段、書式が必要となる。

（９）引継ぎ後のモニタリング

認知症初期集中支援チームの役割は、医療・介護サービス等へ引き継いだことで終了するわけではなく、その後、引き継いだ対象者が医療、介護サービスを継続できているかをモニタリングすることが求められている。

モニタリングの方法、期間は確定したものではないが、モデル事業では、原則として２か月ごととした。モニタリングの方法としては、本人宅への訪問の実施、引き継いだ介護支援専門員への聞き取りなどがあり、例えば、モニタリングから得られた情報から、引き継ぎ後の状況に課題が生じているとチーム員会議で判断された場合等には、介護支援専門員に報告、助言することも必要となる。

なお、モニタリングの内容は経過におけるアセスメントに基づく課題とケアプラン内容の妥当性、家族の負担度の変化等についてモニタリングする必要があると考えられる。また、認知症に関する本人の状態像の変化、改善の可能性、まだできる機能を十分発揮できているかなどを確認するとともに、さらに、関係機関との情報共有状況がなされているかなども考慮に入れる必要がある。これまでこのようなサービスのモニタリング（支援・サービス等の実施主体が移行した後に、移行前の実施主体が継続的に実施するモニタリング）は行われておらず、新しい試みであるといえる。

（10）初期集中支援に関する記録

対象者の台帳等を作成し、個別記録を作成する。高度の個人情報であるため、記録の保管方法は慎重に取り扱われ、保管方法についても設置主体ごとに慎重に考慮されるべきである。

（11）認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置

実施主体である市町村において、医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」を設置することが求められている。この検討委員会は既存の委員会等の活用でも可であり、検討委員会では、支援チームの設置及び活動状況について検討し、当該活動を行う日常生活圏域を含む地域の関係機関や関係団体と、一体的に事業を推進していくための合意が得られる場となるように努めることが要求されている。

検討委員会における検討内容は、事業の実施内容や事業評価に関する事項（訪問対象者の把握方法、認知症初期集中支援チームの職種や人数・チーム数等のチーム編成方法、年間の事業スケジュール、チーム員会議の開催方法や頻度、訪問結果のデータの集計分析方法、事業の評価方法など）等がある。

このため、事業開始前に検討委員会を設置し、事業の目的や事業スキームを検討することにより、各市町村における仮説（成果のイメージ）をたて、のちに実施する事業評価で成果を検証することにより、PDCA のマネジメントサイクルで事業の進行管理を行うことが可能となる。

すでに事業を開始し、後から検討委員会を設置する場合であっても、事業の実績等の現状を共有し、事業の評価･検証を行う場として検討委員会を位置づけることが重要である。

なお、検討委員会は、各市町村の実情に応じて委員を構成することが可能である。既存の会議体の活用のほか、認知症サポート医やチーム員の代表を中心として、家族会や地区医師会、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターなど、本事業に関係する団体や機関等により小規模な委員会を構成するほか、必要に応じて委員の構成を拡大していくなどの方法がある。

３　認知症初期集中支援チーム活動の評価について

このような認知症初期集中支援チームによる活動がどの程度有効なのか、活動の内容や方法、チームの介入後の効果などについて評価・検証されなければならない。具体的には平成 24 年度老人健康増進等事業における「認知症の初期集中支援サービスの構築に向けた基盤研究事業」（独立行政法人国立長寿医療研究センター）報告書では表 3-4 のような項目が指標として掲げられている。平成 26 年度からは表 3-5 の項目について報告できるような専用ソフトウェアを作成、配布して活動実績のデータを入力していただいた。

表 3-4 のほか、個別事例に対するチーム活動内容を評価できる指標としては、本人、家族の社会参加に関する変化などもあげられる。また、チームが関与しても本来の目的を達成できなかったようないわゆる失敗事例、または成功した事例を分析し、活動を可視化していくことが今後の活動では重要である。

さらに、集積した事例を分析する際、事例ごとに特徴となるような「タイトル」をつけておくことは、質的評価をするうえでカテゴリ化する際には、有効と考えられる。

表3-4　活動実績の評価

【活動の実績】
- 医療機関受診につながった事例数
- 介護保険サービスにつながった事例数
- 認知症初期集中支援チームが関与した事例の支援目標への達成度
  チームが関与したことによって得られた効果
  改善 ？、 悪化 ？、 現状維持 ？）で示す。
- 認知症に関する地域での普及啓発の取組実績
- 困難事例の介入事例数と解決事例数
- 認知症の行動・心理症状があっても、在宅医療が継続できた事例数

【介入効果の前後比較】
- 本人の状態像：
  DASC におけるスコア（21 項目）
  DBD13 認知症行動障害尺度のスコア

【アウトプット】
- 認知症初期集中支援チームの活動をモデル化した認知症相談対応フロー

表 3-5

		チームデータ項目（自動作成）	計算式
(チーム情報より)	1	相談事例数計	「①認知症相談件数」の合計
	2	対象者把握数計	「②対象者把握数」の合計、2/1
	3	高齢者人口10万対把握人数	「②対象者把握数」の合計÷「うち、高齢者数」×10万
①情報収集	4	性別	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	5	年齢階級	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	6	世帯状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	7	把握ルート	回答別件数、構成割合
	8	障害自立度	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	9	認知症自立度	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	10	重症度	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	11	介入時)要介護認定状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	12	介入時)医療利用状況	回答別件数、構成割合
	13	介入時)介護サービス利用状況	回答別件数、構成割合
	14	困難事例該当状況	「該当する」件数、割合(CSVのみ)
	15	主治医有無	回答別件数、構成割合
	16	受診拒否割合	回答別件数、構成割合
	17	介入時の認知症診断状況	回答別件数、構成割合
②アセスメント	18	DASC実施件数	値あり件数、18/対象者数
	19	DASCスコア	範囲別件数、構成割合、平均値
	20	徘徊リスク人数	「リスクあり」件数、20/18
	21	DBD実施件数	値あり件数、21/対象者数
	22	DBDスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値
	23	Zarit実施件数	値あり件数、23/対象者数
	24	Zaritスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値
③初回訪問支援	25	初回訪問実施件数	日付あり件数、25/対象者数
	26	高齢者人口10万対初回訪問人数	「訪問日付(1回目)に値がある件数」÷「うち、高齢者数」×10万
	27	1事例あたり「把握」～「初回訪問」日数	範囲別件数、平均値、構成割合
④チーム員会議	28	チーム員会議の開催回数	④チーム員会議開催回数
	29	1会議あたりの所要時間	⑤会議の総所要時間 (分)÷④チーム員会議開催回数
	30	1会議あたりの取扱件数	⑥会議の総取扱件数÷④チーム員会議開催回数
	31	1事例あたり「初回訪問」～「会議」日数	範囲別件数、平均値、構成割合
	32	1事例あたり会議回数	「会議実施日付」に値がある件数の合計÷対象者の人数
	33	1事例あたり所要時間	「会議所要時間」の値の合計÷対象者の人数
⑤初期集中支援	34	1事例あたり支援期間	範囲別件数、平均値、構成割合
	35	1事例あたり訪問回数	「訪問日付」に値がある件数合計÷対象者の人数
	36	訪問延回数	「訪問日付」に値のある件数合計
	37	医療サービスにつながるまで日数	「把握日付」～「医療引継日付」迄の日数 ÷対象者の人数
	38	終了時)医療利用状況	回答別件数、構成割合
	39	介護サービスにつながるまでの日数	「把握日付」～「介護サービス引継日付」迄の日数 ÷対象者の人数
	40	終了時)介護サービス利用状況	回答別件数、構成割合
	41	終了時)要介護認定状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	42	終了時)認知症診断状況	回答別件数、構成割合
	43	終了時)認知症以外の疾患	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	44	認知症診断の導入割合	「診断有無」が「あり」÷「過去診断有無」が「なし」の対象者数(%)
	45	認知症診断の確定割合	「診断病名（その他以外）」÷「診断有無」が「あり」の対象者数(%)
	46	終了時)DASCスコア	範囲別件数、構成割合、平均値、46がある人の19平均値との差
	47	終了時)DBDスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値、47がある人の22平均値との差
	48	終了時)Zaritスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値、48がある人の24平均値との差

（続き）

⑥サービス引継	49	医療の引継状況	回答別件数、構成割合
	50	介護サービスの引継状況	回答別件数、構成割合
	51	支援終了（転帰）	回答別件数、構成割合
⑦モニタリング	52	モニタリングまでの期間	「終了日付」～「初回モニタリング」の日数合計÷対象者数(両日付ありのみ)
	53	不適切な経過 該当状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	54	総合評価	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
⑧費用	55	対応所要額平均	「費用」の合計÷対象者数【費用が計算されている人のみを対象】

Ⅳ章　認知症の総合アセスメント

１　認知症総合アセスメントの考え方

（１）認知症の全体像

認知症は、脳の病的変化（器質的障害）によって、一旦発達した知的機能（認知機能）が、日常生活や社会生活に支障を来たす程度にまで、持続的に障害された状態、と定義されている[注1)]。つまり、何らかの脳の病的変化によって、認知機能が障害され、これによって生活に支障が現れた状態が認知症である。このような「脳の病的変化―認知機能障害―生活障害」の三者の連結が認知症概念の中核を構成している。

しかし、認知症と呼ばれる状態の全体像はこれだけでは説明できない。認知症では、「脳の病的変化―認知機能障害―生活障害」とともに、さまざまな身体的健康問題（身体合併症や身体機能障害）や精神的健康問題（認知症の行動・心理症状）が認められることが少なくない。これらの個々の障害や症状は相互に影響を及ぼし合いながら、認知症の全体像を複雑化させていく。特に、身体合併症と精神症状は相互に密接な関連をもち、精神症状が悪化すれば身体合併症が悪化し、身体合併症が悪化すれば精神症状も悪化するというような悪循環を形成しやすい。

さらに、認知症では、さまざまな「社会的困難」にも直面しやすくなる。例えば、ひとり暮らしの人は、認知機能障害や生活障害のために、社会参加が阻まれ、社会活動が減少し、人々とのつながりやコミュニケーションの機会も少なくなって、社会の中で孤立しやすくなる。また、計画的な行動や金銭管理などにも支障をきたすために、問題に直面した際の対応がうまくいかなくなり、経済被害を受けやすくなり、実際に生活に困窮することも多くなる。そのような状況の中で、不安、抑うつ、睡眠障害、妄想などの「行動・心理症状」が現れ、そのために近隣とのトラブルが生じたり、必要な社会支援サービスの利用が困難になったり、家族が生活支援や介護を担っている場合には、家族自身が疲弊したり、家族自身に健康問題が生じたり、虐待のリスクが高まったり、ときには介護心中といった危機的事態に直面したりすることもある（図 4-1）。

つまり、認知症と呼ばれる状態は、認知機能障害や生活障害とともに、さまざまな身体的・精神的・社会的な課題を伴って全体像が複雑化し、そのために“健康で文化的な生活”の継続が阻まれるリスクが高まっている状態と理解する必要がある。

注1)　従来、わが国では「痴呆」という用語が広く用いられて来たが、この呼称が認知症の人の「尊厳の保持」という姿勢と相容れないという意見が出され、呼称の見直しに関する要望書が 2004 年 4 月に厚生労働大臣に提出された。その後 4 回の検討会を経て「認知症」という用語が提唱されるに至り、同年 12 月に厚生労働省老健局通知によって「認知症」という呼称が行政用語として用いられるようになった。さらに、関連学会においてもこの用語の使用が承認され、医学用語として使用されるようになった。

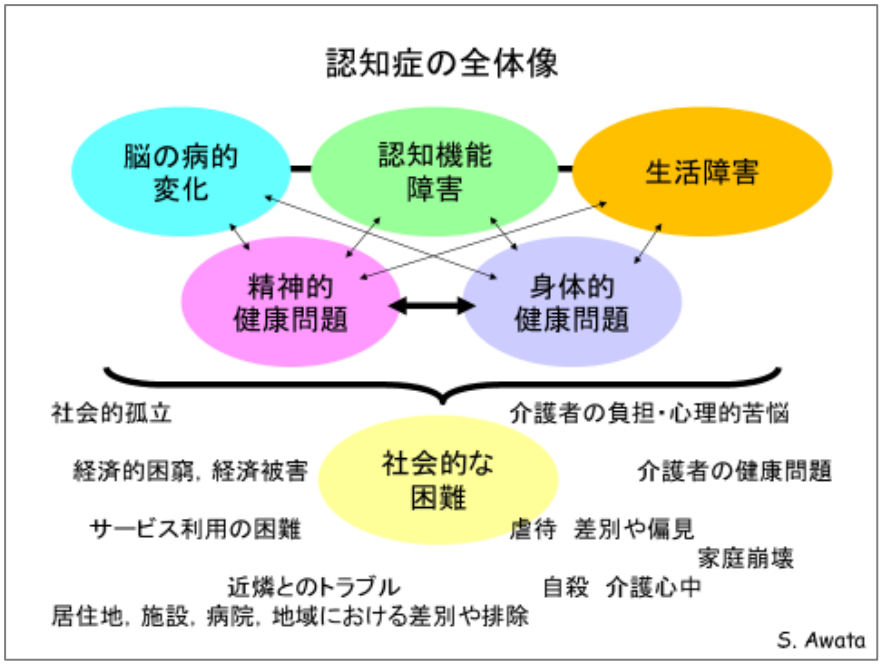


図 4-1　認知症の臨床像の全体

（２）認知症初期支援の重要性

このような複雑化のプロセスは、認知症の初期段階において、すでにその萌芽が認められている。

一般的に、認知症は、正常の段階から、軽度認知障害（MCI）と呼ばれる中間段階を経て、軽度認知症、中等度認知症、重度認知症と進行していく。この経過の初期段階で、認知機能の低下や生活機能の低下が現れ、社会との関わりが希薄になり、身体的不調も現れやすくなる。また、本人も、それらによってさまざまな「生活のしづらさ」を体験することになり、気持ちがふさぎこんだり、心配になったり、不安になったり、夜も眠れなくなったり、ときにはイライラして怒りっぽくなったり、被害的に考えるようになったり、興奮したり、心の状態が不安定になることがある（図 4-2）。

認知機能が低下し、生活に支障が現れ、社会的に孤立し、身体的健康状態が悪化することは、高齢者のウェルビーイング（Wellbeing）の低下と密接に関連していることが知られている。したがって、認知症の初期段階において、複雑化のプロセスが進展するに前に、必要な社会支援を活用できるよう調整すること、すなわち、認知症の初期支援が重要である。

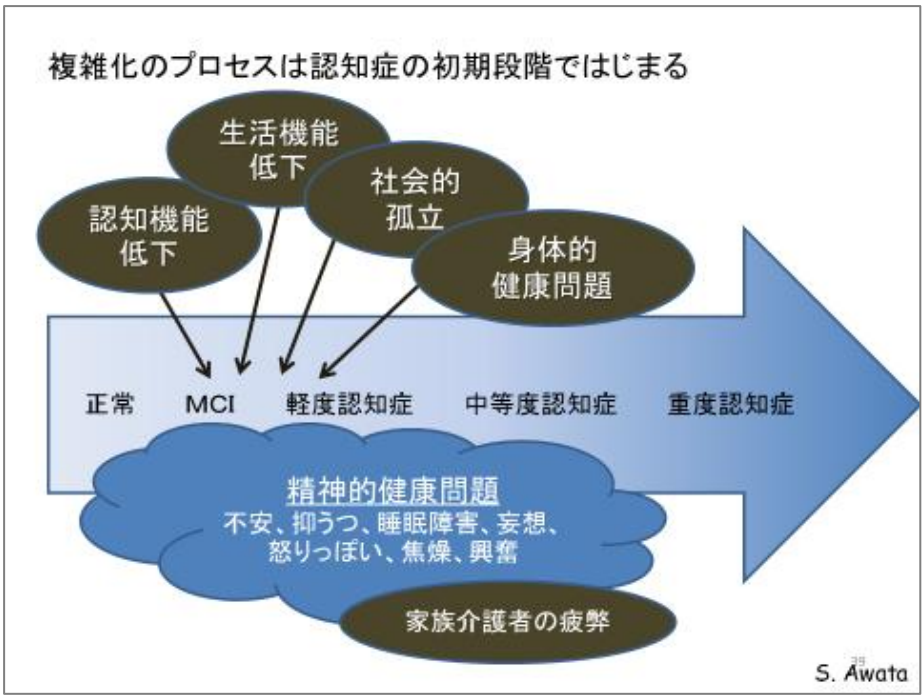


図 4-2　認知症の初期に見られる変化―複雑化のはじまり

（３）認知症アセスメントの考え方

このような初期支援を行うためには、認知症の全体像を総合的にアセスメントし、多職種間で情報を共有し、これに基づいて保健・予防、医療・看護、介護・リハビリテーション、生活支援、家族支援、居住支援、権利擁護のための支援など、必要な社会支援サービスを統合的に活用できるように、調整する作業が不可欠である。このように、多職種が協働して、必要な支援を統合的に調整していくことをコーディネーションと呼び、そのために行う認知症の全体像のアセスメントを「認知症の総合アセスメント」(comprehensive geriatric assessment for dementia）と呼ぶ。認知症の総合アセスメントを行うためには、図 4-1 に示した 6 つの領域を捉える必要があるが、そのためには少なくとも表 4-1 に掲げられている項目についての基礎知識が必要である。以下に、これら 6 領域に関する基礎知識の要点を解説する。

表 4-1　認知症の総合アセスメントに関係する領域と各領域のキーワード

領　域	キーワード
脳の病的変化 （認知症疾患）	アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、外傷による認知症、アルコール関連障害による認知症、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症など。
認知機能障害	近時記憶障害、遠隔記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、作業記憶障害、実行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など。
生活障害	基本的日常生活動作能力（排泄、食事、着替、身繕い、移動、入浴）の障害、手段的日常生活動作能力（電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用しての移動、服薬管理、金銭管理）の障害。
身体的健康問題	高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、心房細動、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、誤嚥性肺炎、慢性腎不全、がん、貧血症、脱水症、白内障、緑内障、難聴、変形性関節症、骨折、前立腺肥大症、褥瘡、歯周病、口腔乾燥症、脳梗塞、パーキンソン症状、運動麻痺、歩行障害、疼痛など。
精神的健康問題	不安、抑うつ、意欲低下（アパシー）、妄想、幻覚、誤認、易刺激性（怒りっぽい）、焦燥、興奮、破局反応、脱抑制、徘徊、拒絶症、喚声（叫声）、食行動異常、せん妄など。
社会的状況	社会的孤立、経済的困窮、経済被害、サービスの利用困難、近隣トラブル、交通事故の危険、火事の危険、介護者の負担・心理的苦悩、介護者の健康問題、虐待、介護拒否、家庭崩壊、自殺、介護心中の危険、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難など。

（４）認知症疾患に関する基礎知識

認知症の原因となる脳の病気のことを「認知症疾患」と呼ぶ。認知症疾患には数多くの病気があるが、認知症疾患医療センターの外来新患受診者の診断名をみると、その割合は概ね図 4-3 のようになる。これを見てわかるように、認知症疾患の中で最も頻度が高いのはアルツハイマー型認知症（脳血管障害を伴うものを含む）であり、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症がこれに次ぐ。そのため、この４疾患のことを「認知症の４大疾患」と呼ぶことがある。

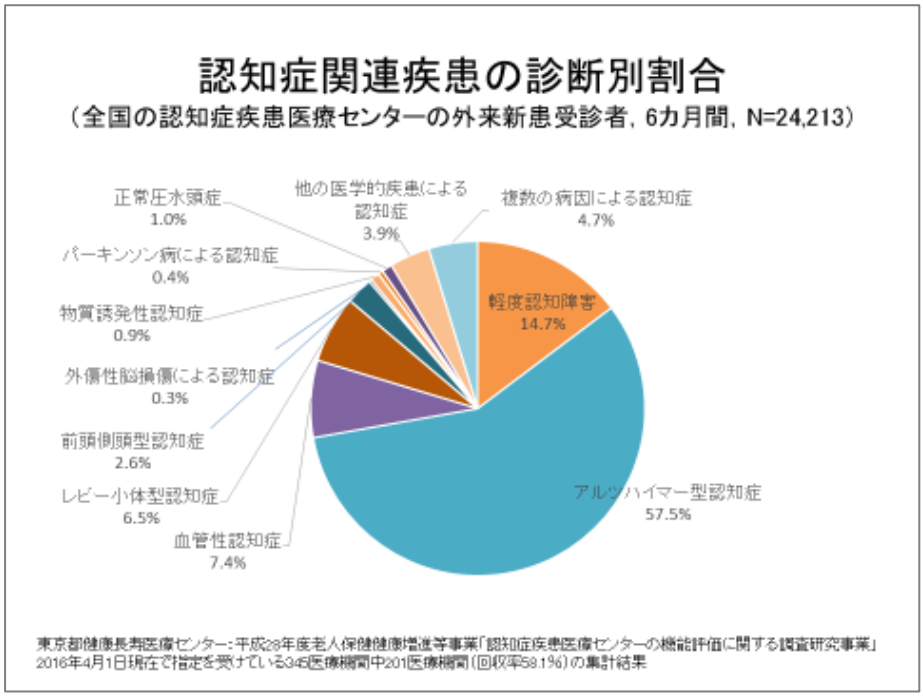


図 4-3　認知症疾患医療センターの外来疾患受診患者の診断名別割合

（５）認知機能障害に関する基礎知識

認知症に見られる認知機能障害の特性は、障害される脳の部位と密接に関連している。たとえば、アルツハイマー型認知症では、側頭葉と頭頂葉が強く障害されるために、側頭葉の症状である近時記憶障害（少し前の出来事をすっかり忘れる）、言語理解の障害（人の言っていることが理解できない）、頭頂葉の症状である視空間認知の障害（距離感や方向感覚が悪くなる、道に迷って家に帰って来られなくなる）が現れやすくなる。血管性認知症や前頭側頭型認知症では前頭葉機能が障害されることが多いために、注意障害（注意が散漫になる）、実行機能障害（自発性が低下し、計画的に、段取りよく、目的に向かって行動することができなくなる）、作業記憶の障害（頭の中で暗算などの作業をするのが不得手となる）、発語障害（言葉がなかなか出なくなる）などが現れやすい。

また、側頭葉の前部の障害が目立つ場合には、意味記憶の障害（物の名前が言えない、物の名前を言ってもそれが何のことだかわからない）と呼ばれる特徴的な言語症状が現れ

る。レビー小体型認知症では後頭葉が障害されるために幻視や錯視が現れやすく、脳幹が障害されるためにパーキンソン症状や意識レベルの変動が生じやすい（図 4-4）。

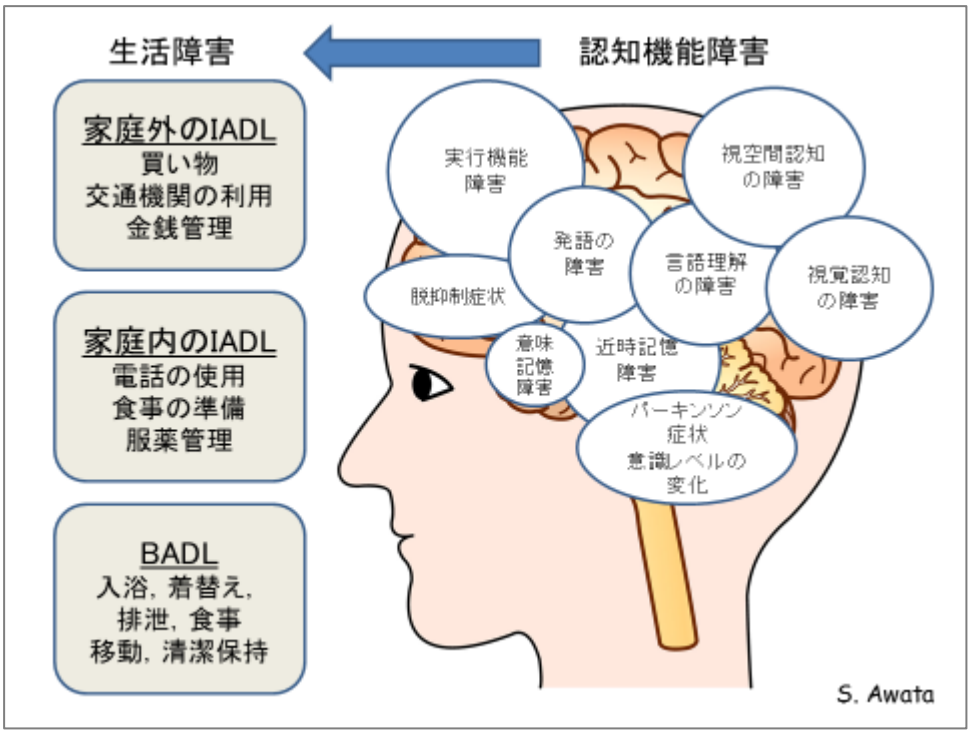


図 4-4　認知機能障害と生活機能障害

（注：パーキンソン症状は認知機能障害ではなく、神経症状）

（６）生活障害に関する基礎知識

このような認知機能障害によって日々の生活に支障を来すようになるのが認知症の最大の特徴である。生活障害は日常生活動作能力(Activity of Daily Living; ADL)の障害とも呼ばれている。ADL の中でも、自分自身の身のまわりのことを自立して行う能力は基本的日常生活動作能力(Basic Activities of Daily Living; BADL)または身体的日常生活動作能力(Physical Activities of Daily Living; PADL)（例：排泄、食事、着替え、身繕い、移動、入浴）、家事など一人暮らしを維持していくために必要な能力は手段的日常生活動作能力(Instrumental Activities of Daily Living; IADL)(例：電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用しての移動、服薬管理、金銭管理)と言う。認知症が軽度の段階では IADL のみが障害され、中等度になると BADL が部分的に障害され、重度になると BADL が全面的に障害される。

IADL の障害は、さらに、社会生活を営むための IADL（家庭外の IADL）、家庭生活を行うための IADL（家庭内の IADL）に分類することもできる（図 4-5）。

生活障害の評価は生活支援や介護サービスのニーズを把握するための重要なポイントである（表 4-2、4-3）。

表 4-2　手段的日常生活動作能力(IADL)とは

ポイント！

手段的日常生活動作能力の障害（IADL の障害、IADL は Instrumental Activities of Daily Living の略）と呼ばれており、一人で自立した生活を営むのに必要な生活機能と考えられている。軽度認知症を特徴づける重要な障害である。

IADL については、通常、下記の 8 項目をチェックする。

□　電話の使用
□　買い物
□　食事の支度
□　家事
□　洗濯
□　移動・外出
□　服薬の管理
□　金銭の管理

この中で、服薬の管理、食事の支度（栄養管理）は「健康の保持」に関わる重大な項目である。また、金銭管理は本人の日常生活の基盤である。一人暮らしの高齢者では、特に注意をしてアセスメントすることが大切である。

表 4-3　基本的日常生活動作能力(BADL)とは

ポイント！

基本的日常生活動作能力の障害（BADL の障害、BADL は Basic Activities of Daily Living の略）または身体的日常生活動作能力(PADL の障害、PADL は Physical Activities of Daily Living の略)の障害と呼ぶ。中等度以上の認知症を特徴づける重要な障害である。

BADL については、通常、以下の 6 項目をチェックする。

- □ 排泄
- □ 食事
- □ 着替え
- □ 身繕い（整容）
  - ◦ 身だしなみ
  - ◦ 髪や爪の手入れ
  - ◦ 洗面・歯磨き
  - ◦ 髭そり
- □ 移動能力
- □ 入浴

運動麻痺や痛みなど、明らかに身体的な原因で BADL が障害されている場合は、認知機能障害に起因する生活障害ではないので、認知症の重症度とは直接関連しなくなる。

（７）精神的健康問題に関する基礎知識

認知症では、脳の病気の直接的な影響によって、あるいは認知機能障害や生活障害の二次的な影響によって、あるいは身体合併症や生活環境を背景にして、さまざまな精神症状や行動障害が現れる。このような精神症状や行動障害のことを「認知症の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)」と呼ぶ。

BPSD は、行動症状（通常は患者を観察することによって明らかにされる）と心理症状（通常は患者や親族との面談によって明らかにされる）に分類される（表 4-4)。認知症の初期には、抑うつ、不安、怒りっぽさ、自発性低下、妄想、幻覚などの心理症状が認められやすく、進行すると徘徊、脱抑制、喚声（叫声)、食行動異常、介護への抵抗、不潔行為などの行動症状が認められやすくなる。

一方、認知症では、せん妄が合併することもあるが、せん妄は通常は BPSD に含めない（せん妄は BPSD を悪化させる要因とされている)。認知症では身体合併症や薬の副作用があるときにせん妄が現れやすくなる。

表 4-4　認知症の行動心理症状（BPSD）の特徴

グループ 1 （厄介で対処が難しい症状）	グループ 2 （やや対処に悩まされる症状）	グループ 3 （比較的処置しやすい症状）
心理症状 　妄想 　幻覚 　抑うつ 　不眠 　不安 行動症状 　身体的攻撃性 　徘徊 　不穏	心理症状 　誤認 行動症状 　焦燥 　社会通念上の不適当な行動と性的脱抑制 　部屋の中を行ったり来たりする 　喚声	行動症状 　泣き叫ぶ 　ののしる 　無気力 　繰り返し尋ねる 　シャドーイング（人につきまとう）

出典：IPA: Behavioral Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) – Education Pack. International Psychogeriatric Association (2003).（日本老年精神医学会監訳：国際老年精神医学会、痴呆の行動と心理症状。アルタ出版、2005 年、東京）

（８）身体的健康問題に関する基礎知識

認知症では、通常、さまざまな身体症状、身体障害、身体疾患が認められる。高齢者に一般的によく見られる徴候のことを“老年症候群”と呼ぶが、認知症では老年症候群が顕著に現れる傾向がある。また、認知機能障害や生活障害によって、服薬管理や栄養管理な

どの健康を守るための自律的活動が障害されるために、身体機能がますます低下し、新たな病気を発症したり、悪化したりして、救急医療が必要になることもしばしばある。

一般に、身体的問題があると精神的問題（BPSD やせん妄など）は増悪し、精神的問題があれば身体的問題がさらに増悪するという悪循環を形成する。認知症に見られる身体症状・身体疾患において特に留意されるべきものを表 4-5 に示す。

表 4-5　認知症も高齢者によく見られる身体症状、身体疾患

A. 身体症状：

① 神経症状：パーキンソニズム、不随意運動、パラトニア、痙攣、運動麻痺

② 廃用症候群：筋委縮、拘縮、心拍出量低下、低血圧、肺活量減少、尿失禁、便秘

③ 老年症候群：転倒、骨折、脱水、浮腫、食欲不振、体重減少、肥満、嚥下困難、低栄養、貧血、ADL 低下、難聴、視力低下、関節痛、排尿障害、嗅覚障害

B. 身体疾患：

① 全身疾患：脱水症、低栄養、電解質異常など

② 呼吸器疾患：誤嚥性肺炎、慢性閉塞性肺疾患、肺結核、肺癌など

③ 循環器疾患：高血圧症、うっ血性心不全、虚血性心疾患、心房細動など

④ 消化器疾患：消化性潰瘍、腸閉塞、肝硬変、アルコール性肝障害、癌など

⑤ 腎疾患：腎硬化症、高血圧症性腎症、糖尿病性腎症、慢性腎不全など

⑥ 内分泌・代謝疾患：糖尿病、甲状腺機能低下症など

⑦ 泌尿器科疾患：下部尿路障害、尿路感染症、前立腺肥大症・癌など

⑧ 整形外科疾患：骨粗鬆症、骨折など

⑨ 皮膚科疾患：褥瘡、白癬、疥癬など

⑩ 眼科疾患：視力障害、白内障、緑内障など

⑪ 耳鼻咽喉科疾患：難聴、めまいなど

⑫ 神経・筋疾患：脳血管障害、パーキンソン病、慢性硬膜下血種など

⑬ 口腔疾患：う蝕、歯周病など

⑭ その他：睡眠時無呼吸症候群、悪性症候群など

（９）社会的困難について

上記で述べてきたような障害が複合するために、認知症の本人と家族は、さまざまな社会的な困難に直面しやすくなる（P.48 図 4-1）。認知症の本人は社会的な孤立状況におかれやすく、特に一人暮らしの場合には、悪質業者に騙されたり、経済的困窮状態に陥ったり、近隣トラブルを生じたり、身体疾患の発見が遅れ救急事例化することが少なくない。一方、認知症の人を介護する家族も社会的に孤立する傾向があり、介護の負担のために、精神的・身体的健康を害することもある。また、虐待や介護心中など深刻な事態に陥る危険性もある。このような社会的困難に対応していくためには、さまざまな社会資源を統合的に利用

できるように支援を調整する必要がある。しかし、一般的に、問題が複雑化すればするほど、その問題に対応することができる社会資源が減少することから、支援を必要とするほど支援の利用が困難になるという矛盾した問題に直面することがある[注2]。 仮に問題が複雑化していたとしても、問題解決に向けて根気よく支援を調整していくことができる多職種協働チームの確保は不可欠である。

（10）認知症の経過と重症度

多くの認知症疾患は、進行性に経過し、時間とともに重症度を増していく（図 4-5）。そして、その重症度のステージに応じて、さまざまな医療ニーズや介護ニーズがあらわれる。適切な医療と介護は、認知症の重度化を緩和し、救急事例化を防ぎ、認知症の本人と家族の生活の質（QOL）を高めることに寄与するであろう。

一方、医療や介護が不適切であれば、認知症の本人の健康状態は悪化し、BPSD が顕著となり、認知機能障害や生活障害も重度化し、本人も家族も、生活を維持することが困難になる。認知症の本人が抱える身体的・精神的・社会的な全体像を総合的にアセスメントして、ステージに応じた適切なサービスを統合的に提供していけるような地域システムを創り出していくことが、これからの認知症施策のめざすべき方向である。

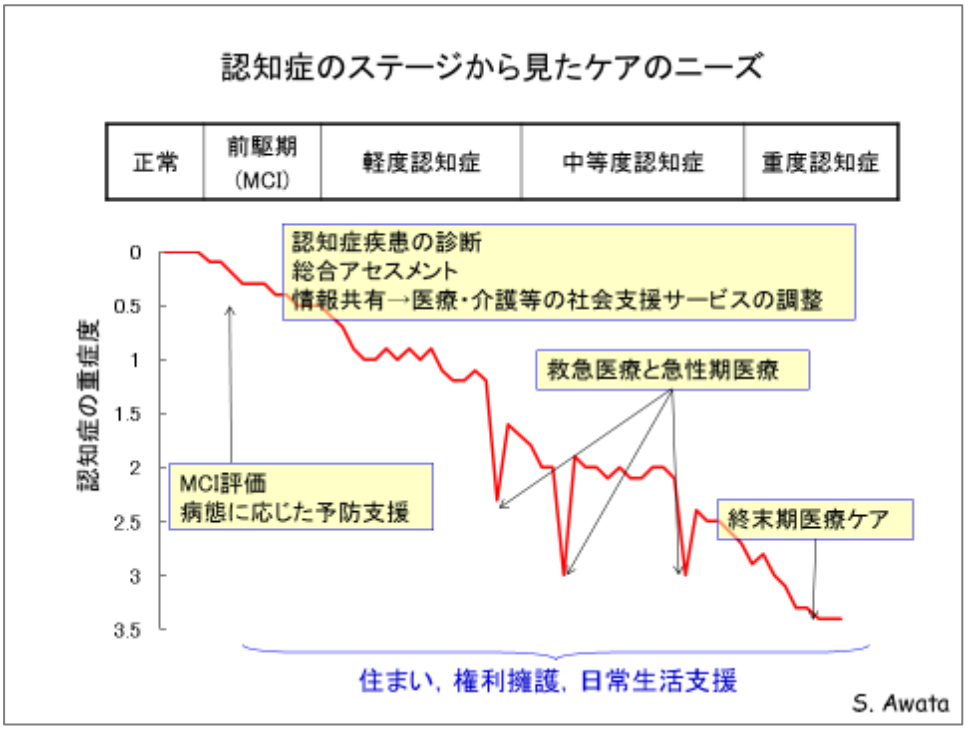


図 4-5　認知症のステージから見たケアのニーズ

[注2] このように、ケアを必要とすれば必要とするほど、却ってケアが受けられなくなるという事態は「さかさまケアの法則」と呼ばれている（Hart JT: The inverse care law. Lancet, 1:405-412,1971）。

２　認知症の診断と代表的な認知症疾患

（１）認知症の診断の基本的考え方

認知症を診断するためには、第一に認知症であることを診断し、第二に認知症の原因疾患（認知症疾患）を診断しなければならない。また、認知症とともに生きる本人の尊厳を保持し、その人の生活を支えていくためには、認知症の全体像を総合的に評価することが重要であり、認知症疾患の診断はその一つを構成するものと考えることができる（P.48 図 4-1、P.50 表 4-1 を参照）。

1）認知症であることの診断

認知症であることを診断するためには、「認知機能障害」と、それに起因する「生活障害」の存在を確認した上で、以下の 3 つの病態を除外する必要がある。

- 乳幼児期の発達段階で認知機能がすでに障害されており、そのために生活機能が障害されている場合は、“精神発達遅滞”または“発達障害”と呼ばれる状態であり、認知症とは区別される。認知症であることを診断するためには、生活歴を聴取して、知的機能や生活機能が以前は正常であったことを確認する。
- 意識混濁のために認知機能が障害されている場合は“せん妄”と呼ばれ、認知症とは区別される。せん妄は薬や全身疾患などが原因となる。急性に発症することが多く、注意障害が目立ち、幻覚や錯覚、睡眠-覚醒リズムの障害が見られ、1 日の中で症状が変動する。通常は一過性で、原因の除去や全身状態の改善とともに回復する
- うつ病や統合失調症などの精神疾患によって認知機能や生活機能が障害されることがある。うつ病や統合失調症は既知の脳疾患にその原因を求めることができないが、認知症は、既知の脳疾患にその原因を求めることができるという意味で、“器質性精神疾患”に位置づけられている。

2）認知症の原因疾患の診断

認知症の原因となる疾患のことを認知症疾患と呼ぶ（表 4-6）。認知症疾患の種類は多いが、この中でアルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症は、一般臨床において比較的高頻度に認められる。また、アルコール関連障害、甲状腺機能低下症、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、ビタミン欠乏症などは早期発見・早期治療によって回復可能な認知症疾患（treatable dementia）であり、鑑別診断時に特に注意が必要である。

表 4-6　代表的な認知症疾患

1. 中枢神経変性疾患：アルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症、パーキンソン病、嗜銀顆粒病、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症など
2. 脳血管障害：血管性認知症（脳梗塞や脳出血による認知症）
3. 脳腫瘍
4. 正常圧水頭症
5. 頭部外傷
6. 神経感染症：クロイツフェルトヤコブ病、進行麻痺、脳炎後遺症など
7. 代謝性、内分泌性、欠乏性疾患：肝性脳症、アルコール関連障害、甲状腺機能低下症、ビタミン B12 欠乏症、葉酸欠乏症、無酸素あるいは低酸素症など

3) ICD-11 の診断基準

世界保健機関（WHO）の国際疾病分類の第 11 回改訂版（ICD-11）では、①1 つ以上の認知領域で以前の行為水準から有意な認知の低下があり、②それによって毎日の活動における自立が阻害されていること、③行動・心理症状を伴うことがあるが、あるタイプの認知症では主症状である場合もある、④認知機能障害は後天的な神経疾患、外傷、感染症や他の脳に影響を与える疾患、特定の物質や薬剤の使用、栄養欠乏、毒物への暴露によるものと考えられ、病因が特定できない場合もある、が「認知症」の説明となっている（図 4-6）。

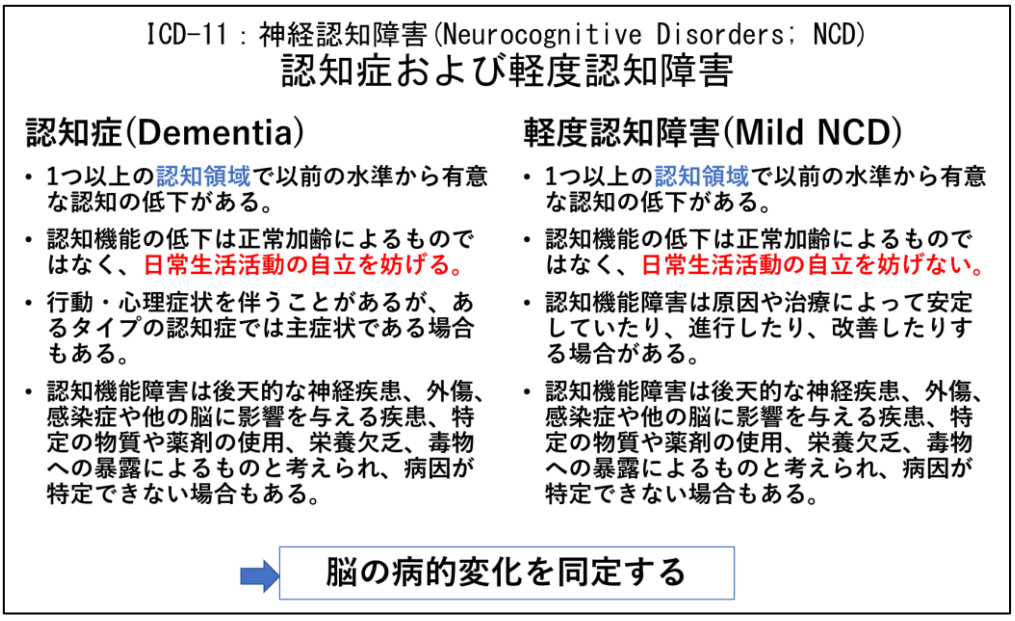


図 4-6　ICD-11 の認知症および軽度認知障害の説明

（２）アルツハイマー病（Alzheimer's Disease：AD）

● 概念と歴史

神経病理学的に海馬や大脳皮質を中心とする広範な神経細胞の脱落とさまざまな程度の老人斑、神経原線維変化を認める認知症疾患である。

1906 年に Alois Alzheimer が報告した 51 歳女性の一剖検例が最初の報告である。1980 年代に老人斑の主要構成成分はアミロイドβ蛋白（Aβ）、神経原線維変化の主要構成成分はリン酸化タウ蛋白であることが明らかにされ、その後、Aβの脳内沈着が契機となってタウ蛋白の異常リン酸化が起こり、神経原線維変化の形成、神経細胞死に至るというアミロイド・カスケード仮説が提唱された。今日では、この仮説に基づいた治療戦略の開発が AD の根本的治療につながるものと期待されている。

● 臨床症状と経過

発症は潜行性であり、進行は緩徐である。その経過は、病変が海馬に始まり徐々に側頭葉、頭頂葉、大脳皮質全体に広がっていく過程を反映する。

病初期（軽度認知症）には近時記憶障害が認められ、次第に時間の見当識障害や視空間構成障害が認められるようになる。注意・作業記憶障害や実行機能障害も、比較的初期から認められることが多い。生活障害については、BADL は保持されているが、IADL の障害が目立つのがこの時期の特徴である。

中期（中等度認知症）になると場所の見当識障害や遠隔記憶障害も認められるようになり、聴覚性言語理解が不良となり、社会的な判断力低下も顕著となる。着脱衣、入浴、食事、排泄、移動など、BADL に介助を要するようになるのがこの時期の特徴である。

後期（重度認知症）には、自分の生活史が想起できなくなり、人物の見当識も障害され、家族のことも認識できなくなる。自発性が著しく低下し、発語も少なくなる。運動機能も障害されて歩行困難になり、日常生活は全介助となる。

● 診断

ICD-11 ではアルツハイマー型認知症について、A. 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する、B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域（実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知）の障害を伴ってくる、C. しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある、D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する、とされている。

AD では末期まで運動障害、自律神経障害などの神経学的所見が認められないこと、CT や MRI で側頭葉内側面の萎縮が病初期から認められ、疾患の進行の程度とともにびまん性脳萎縮が進行すること、SPECT や PET では頭頂側頭葉領域に局所脳血流低下や代謝低下が認められることも、AD と診断する重要な根拠になっている。

表 4-7　ICD-11 によるアルツハイマー型認知症（Dementia due to Alzheimer Disease）の記述

A. 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する
B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域（実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知）の障害を伴ってくる
C. しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある
D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

（３）血管性認知症（Vascular Dementia：VD）

- 概念と歴史

脳血管障害に関連して出現する認知症の総称である。その起源は、19 世紀末から 20 世紀初頭に進行麻痺や老年痴呆から動脈硬化性精神障害の概念を独立させた Binswanger や Alzheimer の業績に遡る。Kraepelin は動脈硬化に関連する精神障害の多様性を強調し、全人格が変化して認知症にいたる群と卒中発作をもって始まる群に分類した。その後さまざまな分類法が提唱されてきたが、今日の国際的診断基準（NINDS-AIREN）では、①多発梗塞性認知症(MID)、②戦略的な部位の単一病変による認知症、③小血管病性認知症、④低灌流性血管性認知症、⑤出血性血管性認知症、⑥その他に分類されている。ここでは、①②③について簡単に解説する。

- 分類と特徴

① 多発梗塞性認知症（皮質性認知症）：大脳皮質に多発性の梗塞が生じた結果、複数の認知ドメインが障害された認知症。卒中発作によって急性に発症し、階段状に進行する。梗塞部位に一致して、失語、失行、失認、視空間障害、構成障害、実行機能障害などの高次脳機能障害や運動麻痺が認められる。

② 戦略的な部位の単一病変による認知症（局在病変型梗塞認知症）：高次脳機能に直接関与する重要な部位の小病変によって出現する。皮質性と皮質下性に大別され、前者には角回症候群、後大脳動脈症候群、中大脳動脈領域梗塞、後者には視床性認知症、前脳基底部梗塞がある。海馬、帯状回、脳弓、尾状核、淡蒼球、内包膝部・前脚なども重要である。

③ 小血管病性認知症：穿通枝領域にラクナ梗塞や白質病変、脳出血、微小出血(microbleeds)などの細動脈硬化症を認め、皮質領域では脳アミロイド血管症が認められることがある認知症である。小血管病性認知症のうち、穿通枝領域に細動脈硬化症

を認めるものを皮質下血管性認知症と呼び、画像上、大脳基底核、白質、視床、橋などに多発性小梗塞（多発ラクナ梗塞性認知症）と認めるものと、高度の白質病変を認めるもの（Binswanger 病）がある。多くは緩徐に進行し、実行機能障害、思考緩慢、抑うつ、感情失禁などを認めるが記憶機能は比較的保たれていることが多い。運動麻痺、偽性球麻痺、パーキンソニズム、腱反射亢進、病的反射、協調運動障害、過活動膀胱などが見られる。

- 診断

1）認知症があること、2）脳血管障害があること、3）両者の間に病因論的関連があることを証明する。1）については、認知機能障害と生活機能障害の存在を確認する。2）については、局所神経症候（片麻痺、下部顔面神経麻痺、バビンスキー徴候、感覚障害、半盲、構音障害など）を確認するか、画像検査で多発性梗塞、重要な領域の単発梗塞、基底核や白質の多発性小梗塞、広範な白質病変、これらの組み合わせなどを証明する。3）について、時間的関連性（明らかな脳梗塞後 3 ヶ月以内の発症、動揺性経過、階段状の進行）と空間的関連性（病変の局在・性質から認知症の成立が説明できる）があることを示す。但し、皮質下血管性認知症は潜行性に発症することが多いので時間的関連性の証明は困難である。

（4）レビー小体型認知症（Dementia with Lewy bodies：DLB）

- 概念と歴史

認知症とパーキンソニズムを主症状とし、レビー小体が脳幹のほかに大脳皮質や扁桃核にも多数出現する認知症疾患である。1976 年以降の小坂らの一連の報告によって初めて明らかにされた。その後、同様の症例が相次いで報告され、1995 年にイギリスで開催された第 1 回国際ワークショップで疾患概念が提唱され、1996 年に臨床および病理診断基準が Neurology 誌に掲載されてから臨床医の間で広く知られるようになった。1997 年にはレビー小体の主要な構成成分が α シヌクレインであることが明らかにされ、現在では α シヌクレイン異常症といった包括点概念も提唱されている。

- 臨床症状

進行性の認知機能障害を認めるが、AD と比較すると記憶障害の程度は軽く、実行機能障害、注意障害、視空間構成障害など前頭葉・頭頂葉機能に由来する症状が目立つ。

注意や覚醒レベルの著明な変化を伴う認知機能の変動は、DLB の中核的特徴であり、日中の過度の傾眠や覚醒時の一過性の混乱がみられることがある。反復して現れる具体的な幻視も DLB の中核的特徴であり、人物、小動物、虫などが多い。幻視は、認知の変動と連動して、注意・覚醒レベルの低下時や夕方など薄暗い時期に起こる傾向がある。幻視以外にも、誤認妄想（「誰かが家の中にいる」「自宅が自宅でないと主張する」「妻の顔を他人と見間違える」など）などの精神病症状や抑うつ症状もしばしば認められる。

パーキンソンニズムは DLB 診断時の 25～50%に認められる。DLB の運動症状はパーキンソン病で一般に見られるものと変わりはないが、対称性の筋強剛と寡動が主体で、振戦

が目立たないことが多く、動作時振戦やミオクロヌスがときどき認められる。

レム睡眠時に筋緊張の抑制が欠如するため、夢内容と一致する異常行動（大声をあげる、隣で寝ている配偶者を叩くなど）が現れることがある（レム期睡眠行動異常症）。また、抗精神病薬に対する過敏性が見られ、少量の使用でもパーキンニズムの悪化や意識障害、悪性症候群を呈することがあるために注意を要する。便秘、神経因性膀胱、起立性低血圧などの自律神経症状も認められ、転倒や失神の原因となるため注意を要する。

- 診断

DLB 臨床診断基準（2017 年版）を表 4-8 に示す。進行性の認知機能低下を確認した上で、４つの中核的特徴（認知の変動、幻視、レム期睡眠行動異常症、パーキンソニズム）のうち 2 つ以上を確認するか、1 つ以上の中核的特徴と 1 つ以上の指標的バイオマーカー（SPECT または PET で大脳基底核におけるドパミントランスポーターの取り込み低下、MIBG 心筋シンチグラフィーの取り込み低下、睡眠ポリグラフィー検査による筋緊張低下を伴わないレム睡眠）を確認することによって、Probable DLB（ほぼ確実な DLB）と診断される。

表 4-8　レビー小体型認知症（DLB）の臨床診断基準（2017 版）

DLB の診断には、社会的あるいは職業的機能や、通常の日常活動に支障を来す程度の進行性の認知機能低下を意味する認知症であることが必須である。初期には持続的で著明な記憶障害は認めなくてもよいが、通常進行とともに明らかになる。注意、実行機能、視空間認知のテストによって著明な障害がしばしばみられる。

1. 中核的特徴（最初の３つは典型的には早期から出現し、臨床経過を通して持続する）
   - 注意や明晰さの著明な変化を伴う認知の変動
   - 繰り返し出現する構築された具体的な幻視
   - 認知機能の低下に先行することがあるレム期睡眠行動異常症
   - 特発性パーキンソニズムの以下の症状のうちひ１つ以上：動作緩慢、寡動、静止時振戦、筋強剛
2. 支持的特徴

抗精神病薬に対する重篤な過敏性：姿勢の不安定性；繰り返す転倒；失神または一過性の無反応状態のエピソード；高度の自律神経障害（便秘、起立性低血圧、尿失禁など）；過眠；嗅覚鈍麻、幻視以外の幻覚；体系化された妄想；アパシー、不安、うつ

3. 指標的バイオマーカー
   - SPECT または PET で示される基底核におけるドパミントランスポーターの取り込み低下
   - MIBG 心筋シンチグラフィーでの取り込み低下
   - 睡眠ポリグラフィー検査による筋緊張低下を伴わないレム睡眠の確認
4. 支持的バイオマーカー
   - CT や MRI で側頭葉内側部が比較的保たれる
   - SPECT、PET による後頭葉の活性低下を伴う全般性の取り込み低下（FDG-PET により cingulate

sign を認めることあり）

- 脳波上における後頭部の著明な徐波活動

Probable DLB は、以下により診断される

a. ２つ以上の中核的臨床的特徴が存在する

または

b. １つの中核的臨床的特徴が存在し、１つ以上の指標的バイオマーカーが存在する

Probable DLB は示唆的バイオマーカーの存在のみで診断するべきではない

Possible DLB は、以下により診断される

a. １つ以上の中核的臨床的特徴が存在するが、指標的バイオマーカーの証拠を伴わない

または

b. １つ以上の指標的バイオマーカーは存在するが、中核的臨床的特徴が存在しない

DLB の診断の可能性が低い

a. DLB の診断を除外せず臨床症状に関与する複数の病理を示すことに役立つとしても、部分的にあるいは全体的に臨床像を説明しうる他の身体疾患または脳血管疾患などの脳の障害が存在する場合

b. 重篤な認知症の時期になって初めてパーキンソニズムが出現した場合

DLB は認知症がパーキンソニズムの前か同時に出現したときに診断されるべきである。PDD は、明らかな Parkinson 病の経過中に起こった認知症を記載するために用いられるべきである。実際の場では、その臨床的状況に最も適した用語が用いられるべきで、Lewy 小体病（Lewy Body Disease）といった総称がしばしば役立つ。DLB と PDD の区別が必要な研究では、認知症の発症がパーキンソニズム発症の１年以内の場合 DLB とする“１年ルール”を用いることが推奨される。

（McKeith IG、Boeve BF, Dickson DW, et al：Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies ; Forth consensus report of the DLB Consortium. Neurology. 89: 1-13, 2017.
日本神経学会監修：認知症疾患診療ガイドライン．医学書院，東京，2017, p239.）

（５）前頭側頭型認知症（Frontotemporal Type Dementia：FTD）

- 概念と歴史

大脳前方領域に原発性変性を有する非アルツハイマー型変性性認知症疾患の総称である。

歴史的には、1892 年～1906 年に Arnold Pick が前頭・側頭葉の萎縮を呈し、特異な言語症状と精神症状を示す一連の症例報告を行い、1911 年に Alois Alzheimer が嗜銀性神経細胞内封入体（Pick 球）を記載し、1926 年に Onari と Spatz が Pick 病という名称を与えた疾患に端を発する。その後、神経病理学的な異種性が明らかとなり、1996 年に前頭側頭葉変性症(FTLD)という包括的概念が提唱され、1998 年には詳細な診断基準が示された。1)（行動障害型）前頭側頭型認知症(frontotemporal dementia, FTD)、2) 進行性非流暢性失語(Progressive non-fluent aphasia, PA)、3) 意味性認知症(semantic dementia, SD)の 3 亜

型に分類されている。

- 臨床類型と特徴

FTD では、前頭葉と側頭葉優位の病変が認められ、前頭葉損傷例に類似した性格変化と行動異常を中心とする臨床症状が潜行性に現れ、緩やかに進行する。早期から社会的対人行動の障害（反社会的・脱抑制的言動、考え無精、立ち去り行動など)、自己行動の統制障害（自発性低下、不活発～過活動、落ち着きなさ、周遊行動など)、情意鈍麻（無関心、優しさ・共感・思いやりの欠如など)、病識欠如（精神症状に対する自覚の欠如、その社会的帰結に関する無関心など）が認められる。

PA では、優位半球のシルビウス裂周囲に比較的限局する病変が認められ、非流暢性の表出性言語障害が目立つ。発語は努力性でスピードが遅く、抑揚がない話し方、とぎれとぎれの発語、文法的に正しい文章で話すことができない失文法、「えんぴつ」を「せんぴつ」と言ったりするような音の言い間違いである音韻性錯誤、言いたいことを表す言葉が思い浮かべられない換語障害などが認められる。

SD では、優位半球の側頭葉前方に限局性病変を認め、病初期に換語困難となり、失名辞が出現する。その後、徐々に語義失語を呈し、「鉛筆」のような誰でも知っているはずの物を見せても呼称ができず、いくつかの物品のなかから「鉛筆」を選ぶということもできない。発語は流暢性で、復唱も良好である。音韻性錯誤は少なく、意味性錯誤が認められる（例：「みかん」と言いたいのに「りんご」と言う)。また、表意文字である漢字の書字・読字の障害が認められ、熟字訓ができなくなる（例：海老→かいろう、小豆→こまめ)。

- 診断

FTD の診断基準の抜粋を表 4-9 に示す。病初期に記憶障害が認められるアルツハイマー型認知症とは対照的に初期には記憶障害が目立たないこと、上記で述べたような性格変化や言語症状が早期に認められるのが特徴である。

表 4-9　前頭側頭型認知症の臨床診断基準の要約

性格変化と社会的行動の障害が、発症から疾患の経過を通しての顕著な症候である。知覚、空間的能力、行為、記憶といった道具的認知機能は正常か、比較的良好に保たれている。
I.　中核となる診断的特徴（臨床診断にはすべて必要）
A.　潜行性の発症と緩徐な進行（少なくとも 6 カ月以上）
B.　社会的人間関係を維持する能力が早期から低下
C.　自己行動の統制が早期から障害
D.　感情が早期から鈍化
E.　病識が早期から喪失
II.　支持的特徴
A.　行動障害
1.　自分の衛生や身繕いの低下

2. 精神的硬直と柔軟性の欠如
3. 易転導性と維持困難（飽きっぽい）
4. 過剰接食と食事嗜好の変化
5. 保続と常同的行動
6. 道具の強迫的使用

B. 発語と言語
1. 発語の変化
a. 自発語の減少、発語の省略、b. 言語促迫（多弁で止まらない状態）
2. 常同的発語
3. 反響言語
4. 保続
5. 無言

C. 身体徴候
1. 原始反射
2. 失禁
3. 無動、筋強剛、振戦
4. 低くて不安定な血圧

D. 検査
1. 神経心理学的検査：高度な健忘、失語、知覚や空間的見当識障害がないのに、前頭葉機能検査で有意な障害が見られる。
2. 脳波検査：臨床的には認知症がみられるのにもかかわらず、通常の脳波では正常。
3. 形態的・機能的画像検査：前頭葉や側頭葉前方部での異常が顕著

（Nearly D. et al: Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. Neurology. 1998; 51(6): 1546-1554）

（６）アルコール関連障害

アルコール依存症候群では、低栄養、ビタミン欠乏、アルコールの直接的毒性によって認知症症状が出現する。ビタミン B_1（チアミン）欠乏では急性のウエルニッケ脳症をきたし、意識障害、運動失調、眼球運動障害を呈し、速やかなチアミン補充が必要であるが、後遺障害として認知症を来す場合がある。また、ウエルニッケ脳症を来さない場合でも、常習的なアルコール飲酒者は認知機能が低下する傾向があり、画像上の脳萎縮、脳重減少、神経細胞減少も報告されている。治療の基本は断酒の維持である。

（７）甲状腺機能低下症

甲状腺機能低下症によって精神活動が緩慢になり、集中力低下、傾眠、記憶障害などが見られるが、ときに幻覚、妄想などの精神病症状が現れることがある（粘液水腫性精神病）。

血液検査で甲状腺ホルモンの低値と自己抗体などその原因に関連した異常がみられ診断を確定することができる。治療は甲状腺ホルモンの補充であり、早期に治療すれば回復する。

（８）正常圧水頭症

髄液が貯留して脳室拡大を来すが、髄液圧は基準値範囲内にある疾患である。くも膜下出血や髄膜炎などによる続発性と原因不明の特発性があるが、いずれも髄液の吸収・循環障害とそれに引き続く脳実質障害によって神経障害を来し、認知症、歩行障害、尿失禁を 3 主徴とする臨床症状が出現する。MRI（特に冠状断）で、高位円蓋部の脳溝・くも膜下腔の狭小化と不釣合なシルビウス裂の開大が認められる。髄液シャント術によって治療可能な認知症として重要である。

（９）慢性硬膜下血腫

頭部打撲に伴う脳の偏位によって脳表の bridging vein が破綻し、頭蓋骨硬膜と脳表の間隙に静脈血が徐々に貯留することによって血腫が発生し、これが次第に増大することによって頭蓋内圧亢進を生じて神経障害を惹起し、認知機能障害や神経症状が現れる。通常は受傷後 3 週間から 3 カ月を経て発症する。CT または MRI で脳の正中偏位や血腫の存在を確認することによって診断できる。血腫を早期に除去すれば認知機能障害や神経症状も速やかに改善するので、認知症の鑑別診断では常に念頭におくべき疾患である。

（10）ビタミン B_{12} 欠乏症

悪性貧血や胃切除による内因子欠乏、小腸切除や Crohn 病などでのビタミン B_{12} 欠乏が生じると、巨赤芽球性貧血、脊髄の亜急性連合変性症、末梢神経障害、視神経障害などの他、高次脳機能障害や、被刺激性亢進、錯乱、傾眠、集中力低下、無気力、妄想、記憶障害などを伴う意識混濁や認知症症状を呈することがある。治療はビタミン B_{12} の補充であり、早期に治療すれば回復する。

３　アセスメントツールの使用方法

（１）地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート DASC とは

認知症の本人が、住み慣れた地域の中で暮らしを継続できるように支援していくためには、地域の中で、認知症に気づき、総合的なアセスメントを行い、多職種間で情報を共有し、必要な支援を統合的に提供できるようにしていく必要がある。ここでは、そのためのツールとして開発された「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート」（Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System, DASC；ダスク）[1)]について解説する。

認知症とは、何らかの「脳の病的変化」によって、「認知機能」が障害され、それによって「生活機能」が障害された状態を言う。そして、このような「脳の病的変化―認知機能障害―生活障害」の 3 者の連結を中核にして、さまざまな「身体的健康問題」、さまざまな「精神的健康問題」、さまざまな「社会的困難」が加わって、認知症の複雑な全体像が形づくられる。これらの全体を包括的に評価することを認知症の総合アセスメントと呼ぶ。しかし、認知症に気づき、認知症であることを診断するためには、まずは「認知機能障害」と「生活障害」を評価することが重要である。DASC-21 は、さまざまな認知症に一般的に見られる「認知機能障害」と「生活障害」をリストアップしたものである。DASC-21 には以下のような特徴がある（表 4-10）。

表 4-10　DASC-21 の特徴

- DASC－21 は、導入の A、B 項目と 1 から 21 項目の評価項目からなるアセスメントシートである。
- 認知機能と生活機能を総合的に評価することができる。
- IADL の項目（6 項目）が充実しているので軽度認知症の生活障害を検出しやすい。
- 4 件法で評価しているために障害の機能変動をカバーできる。
- 設問は具体的であり、観察法によって評価できる。
- 簡便で、短時間で実施できる。
- 評価方法も単純である。
- 簡単な研修をすることによって、認知症の基本的な理解と認知症の総合アセスメントの基本的技術を修得することができる。
- 評価結果から臨床像の全体をある程度把握することができ、かつ必要な支援の目安をつけることができる。

（２）DASC-21 を用いる場合の留意点

1) 全般的な留意点

① DASC-21 は、原則として、研修を受けた専門職が、対象の方をよく知る家族や介護者に、対象の方の日常生活の様子を聞きながら、認知機能障害や生活障害に関連する行動の変化を評価する尺度（Informant Rating Scale）である。

② 一人暮らしの方で、家族や介護者に質問することができない場合には、対象者本人に日常生活の様子を質問しながら、追加の質問をしたり、様子を観察したりして、調査担当者自身の判断で対象の方の状態を評価する（各質問項目の、一人暮らしの方の場合の評価の留意点を参照）。

③ 質問は 21 項目あり、それぞれにつき 1 から 4 の 4 段階（4 件法）で評価する。

④ 4 段階評価を行う場合、1、 2 と 3、 4 の間にアンカーポイントをおき、1 および 2 が正常域、3 および 4 が障害域であることをおおよその目安にして評価する。

⑤ 回答者が家族または介護者の場合には、基本的には回答者の回答をそのまま採用してかまわない。しかし、客観的な観察と回答者の回答とが著しく乖離する場合には、調査担当者の専門職としての判断に従って評価する。

⑥ 「～できますか」という質問に対して、家族や介護者が“実際にできるか否か”を確認していないという場合でも、家族や介護者からみて“実際にできそうか否か”を判断して回答してもらう。一人暮らしで、家族や介護者に質問できない場合には、調査担当者からみて“実際にできそうか否か”を判断して評価する。

⑦ 導入質問の A、B 項目については、アセスメントを円滑に行うための「もの忘れ」の自覚症状についての質問である。この質問は DASC-21 の導入の質問であるので、採点は行わない。

	導入質問	留意点
A	もの忘れが多いと感じますか。	導入の質問。家族や介護者から見て、対象の方の「もの忘れ」が現在多いと感じるかどうか（目立つかどうか）、その程度を確認します。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）は、対象者本人の回答で評価してかまいません。
B	1 年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか。	導入の質問。家族や介護者から見て、対象の方の「もの忘れ」が 1 年前と比べて増えていると感じるかどうか、その程度を確認します。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）は、対象者本人の回答で構いません。

2) DASC-21 の各質問項目の留意点

項目	質問項目	留意点
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	記憶機能（近時記憶障害）に関する質問です。財布、鍵、通帳など、物の置いた場所やしまった場所がわからなくなったり、探し物をしたりすることが頻繁にあるかどうかを確認します。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には、実際に、ものの置き場所を質問してみて（例：「おくすり手帳はありますか」）確認することもできます。対象の方が「物がよくなくなる」「誰かがもっていく」「盗まれる」という体験を自ら話す場合には、話の内容から、物を置いた場所やしまった場所がわからなくなることが頻繁にある様子を推測することができる場合があります。
2	5 分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	記憶機能（近時記憶障害）に関する質問です。少し前に話したことを忘れてしまい思いだせないこと、例えば、その日の予定（例：病院に行く、デイサービスに行く、孫が遊びにくる）や電話で伝えられた用件などを頻繁に忘れてしまうかを確認します。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない）には、実際に質問法の記憶課題（例：先程伝えた調査担当者の名前を再度確認してみる、実際に 3 単語の遅延再生課題を行う）で近時記憶障害を確認することもできます。また、日常会話の中で、つい先刻話したことを忘れて、同じことを何度も繰り返して話したり、同じ質問を何度も繰り返したりすることがあれば、その様子からも、「5 分前に聞いた話を思い出せないことが頻繁にある」様子が窺われます。

	質問項目	留意点
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	記憶機能（遠隔記憶障害）に関する質問です。自分の年齢の記憶は近時記憶障害のレベルでも曖昧になることがありますが、生年月日までわからなくなると、遠隔記憶障害がある可能性が推測されます。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には、あらかじめ本人の生年月日を確認した上で、実際に本人に生年月日を追加質問して確認することもできます。遠隔記憶障害が認められる場合には中等度以上の認知症が疑われます。
4	今日が何月何日かわからないときがありますか。	見当識（時間の失見当識）に関する質問です。 **一人暮らしの場合**には、実際に本人に今日が何月何日かを追加質問して確認することができます。日付が 1～2 日ずれている程度であれば、わからなくなることはそれほど頻繁ではないものと思われます。日付が極端にずれていたり、月が誤っていたりするようであれば、「今日が何月何日かわからなくなることが頻繁にある」ものと推測されます。
5	自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか。	見当識（場所の失見当識）に関する質問です。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には、実際に本人に現在いる場所や自宅の住所を追加質問してみたりしながら確認することができます。場所の失見当識が認められる場合には、中等度以上の認知症が疑われます。

6	道に迷って家に帰ってこられなくなることはありますか。	道順障害に関する質問です。これは視空間機能の障害に関係する行動の変化である可能性があります。道に迷って家に帰ってこられなくなる、外出して帰ってこられなくなる、外出先で迷子になってしまう、よく知っている場所でも道に迷ってしまう、そのようなことがあるか否か、その程度を確認します。そもそも外出することがまったくない場合（例：身体機能が著しく低下しているなど）には「道に迷う」という行為も発生しませんが、そのような場合には「いつもそうだ」を選択して、質問文の余白にその旨をメモしておいてください。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には、実際に道に迷ってしまうことが頻繁にあるかどうかを質問し、本人の回答に基づいて調査担当者がそのようなことがありそうか否かを推測して評価します。 注）道順障害は、アルツハイマー型認知症では比較的軽度の段階で認められることもあります。
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	問題解決能力に関する質問で、生活上の問題に直面した際に、それに対して自分で適切に対処できるか、対処できそうか、その程度を確認します。家族には、日々の生活の中で気がついているエピソードをいろいろと聞いてみると、問題解決能力の程度を概ね判断することもできます。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には、実際にさまざまな場面（例：「停電になったらどうするか」「クレジットカードを紛失したらどうするか」）を例にあげてみて、その対処方法を本人に追加質問しながら評価します。たとえば「なんでも家族に相談する」や「そういうことは全部、管理人さんがしてくれる」という答えは、それ自体は問題解決につながっていますが、仮に家族や管理人がその場にいなかった場合には、自分でそれなりに対処できそうか否かを考慮して評価します。

8	一日の計画を自分で立てることができますか。	問題解決能力に関する質問で、ここでは、自発的、計画的、効果的に、目的に向かって行動できるか、その程度を確認します。その日の状況や用件に応じて、自分で計画的に行動できているか、通院日には時間に間に合うように自分で準備して病院にでかけているか、ゴミ出し日には自分で時間に間に合うようにゴミを出しているか、などを確認します。毎日、同じ時間にテレビを見て過ごしているというだけでは、計画的に行動できているとは言えません。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には毎日の生活の様子（例：今日の予定、通院のときの準備、ゴミ出しのことなど）を具体的に聞きながら評価していきます。
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	常識的な判断力に関する質問です。季節や状況に合った衣服の選択以外にも、例えば、雨の日に傘ももたずにでかけてしまう、場にそぐわないことをやってしまう、社会のルールに反することを行ってしまう、など常識的な判断力の低下が疑われることが頻繁に見られる場合には、「あまりできない」または「できない」を選択して、備考欄にその内容を記してください。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には、例えば、「セーターを着ていらっしゃいますが、それは今日が寒いからですか？」「ご自分で、寒いな、と思ってセーターを選ばれたのですか？」等、調査施行日の気候・気温にあった服装をしているかどうか、その服は対象の方本人が選んだものなのかどうか、追加質問をしながら評価します。明らかに常識的な判断力の低下が見られる場合は中等度以上の認知症が疑われます。

10	一人で買い物はできますか。	家庭外の IADL（買い物）に関する質問です。これは店まで行けるかどうかを問うているのではなく、日用品など必要なものを適切に買うことができるかどうか、買い物という行為を果たすことで期待される目的を達することができるかどうかを聞くものであり、その点で目的の場所に行くことができるかどうかを問う質問 11 と区別されます。同じものを頻繁に買ってくるなど、買い物に関する失敗が頻繁に見られる場合には、「あまりできない」に該当します。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には、「買い物はどうしています」など、本人に日常生活の様子を追加質問しながら評価します。
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	家庭外の IADL（交通機関の利用）に関する質問です。実際に交通機関を利用して外出する習慣がない場合でも、必要に応じて交通機関を利用して一人で外出することができそうかどうかを家族や介護者に確認します。交通機関は、バス、電車、自家用車には限定せず、その地域で通常利用されている交通機関について質問してください（例：離島の場合は船など）。交通機関を利用して外出する際に、頻繁に失敗が見られる場合には「あまりできない」に該当します。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には、「どのようにして通院しているのですか」など、本人に日常生活の様子を具体的に質問しながら評価します。
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人できますか。	家庭外の IADL（金銭管理）に関する質問です。銀行で窓口または ATM で、自分で預金の出し入れができるか、公共料金の請求書が来れば、自分でその支払いができるかについて確認します。これは質問 7 の問題解決にも密接に関連する質問です。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には、「年金は自分で銀行（郵便局）に行っておろしているのですか」など、本人に日常生活の様子を質問しながら評価します。

13	電話をかけることができますか。	家庭内の IADL（電話）に関する質問です。これは電話をしようと思う相手に電話をかけることができるかどうかを問うもので、「娘のところは“短縮 1”、息子のところは“短縮 2”を押すだけです」という回答であっても、必要な相手に必要なときに電話をかけることができるならば「問題なくできる」または「だいたいできる」に該当します。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には、「ご家族に自分で電話をすることはありますか」など、電話の使用に関して、本人に具体的な質問をしながら評価します。
14	自分で食事の準備はできますか。	家庭内の IADL（食事）に関する質問です。これは、生命と健康の維持に必要な食料を自分で調達し、それなりに食べることができているかを問うものです。自分で調理しているか、惣菜を買ってきて食べているかは問いませんが、それなりに栄養が確保されているかについては、評価のポイントに含めます。 **一人暮らしの方**で、偏った食生活で栄養のバランスが非常に心配な場合、冷蔵庫の中にほとんど食べ物がなかったり、腐ったものがあったりする場合、3 度の食事を適切にとれず栄養状態の不良が疑われる場合には、「あまりできない」または「できない」になります。「毎日の食事はどうしていますか」など、本人に食事の準備に関する日常生活の様子を具体的に質問しながら評価します。

15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか。	家庭内の IADL（服薬管理）に関する質問です。一般に、処方薬をまったく飲み忘れず服用しているということはむしろ稀であり、通常でも多少の飲み忘れはあります。特に、昼薬と就寝前薬の飲み忘れは多いかと思います。昼薬の飲み忘れが週の半分あったとしても朝・夕はほとんど飲み忘れがなく、「大事な薬」と本人が認識している薬（降圧薬、血糖降下薬、ワーファリンなどで、たいてい朝・夕に処方されている）が概ね服用できていて、血圧・血糖等のコントロールが良好であれば「だいたいできる」に該当します。処方薬が朝・昼・夕・就寝前ばらばらに半分以上残っている、健康維持に必須と思われる薬を相当飲み忘れている、あるいは複数の処方薬の残薬の量が著しくばらばらである場合には、「あまりできない」「できない」に該当します。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいな場合）には、実際に内服している薬を確認することによって、服薬管理の様子をうかがうことができます。また、おくすり手帳を確認して短期間に処方が頻回に変更になっている履歴が確認できる場合には、コントロールが急速に悪化していることが推察されるため、服薬管理ができていない可能性があります。本人に、現在どのように薬を服用しているかを直接質問することによって、服薬管理の様子を把握することもできます。
16	入浴は一人でできますか。	身体的 ADL（入浴）に関する質問です。これは入浴に関連する一連の動作を行い、期待される効果（保潔）が得られているかどうかを問うものです。運動機能障害により介助が必要な場合には、「一部介助を要する」または「全介助を要する」を選択し、運動機能障害の部位を余白に記載します。運動機能障害とは無関係に一人で入浴できない場合には、中等度以上の認知症が疑われます。 **一人暮らしの場合**には本人に入浴に関する日常生活の様子を具体的に質問したり、身なりを観察したり、実際に風呂場を見せてもらいながら評価することができます。

17	着替えは一人でできますか。	身体的 ADL（着脱衣）に関する質問です。用意された服を一人で着られるかどうかを評価するものであり、適切な服装を選ぶことができるかどうかを問う質問 9 とは区別します。運動器の障害により介助が必要な場合には、「一部介助を要する」または「全介助を要する」を選択し、運動器の障害部位を質問欄の余白に記載します。運動器の障害が認められないにも関わらず一人で着替えができない場合（着衣障害）、中等度以上の認知症である可能性があります。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には本人に着替えに関する日常生活の様子を具体的に質問したり、実際に身なりや着衣の様子を観察したりしながら評価することができます。
18	トイレは一人でできますか。	身体的 ADL（排泄）に関する質問です。大小便のいずれも、一人でトイレを使用して、排泄に必要な一連の動作を完了できるかを問うものです。運動器の障害により介助が必要な場合には、「一部介助を要する」または「全介助を要する」を選択し、運動器の障害部位を質問欄の余白に記載します。運動器の障害が認められないにも関わらずトイレを使用して排泄できない場合（例：失禁）には、中等度以上の認知症である可能性があります。 **一人暮らしの場合**（家族や介護者がいない場合）には本人に排泄に関する日常生活の様子を具体的に質問したり、身なり、家の様子（尿臭など）を観察したりしながら評価することができます。
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	身体的 ADL（整容）に関する質問です。身だしなみ、紙や爪の手入れ、洗面、歯磨き、髭そりなどが、自分一人でできるかについて問うものです。多小手伝ってもらう場合には「部分介助」、全面的に手伝ってもらう必要がある場合は「全介助」となります。 **一人暮らしの場合**には、本人に質問するとともに、本人の着衣の様子、身体の様子、家の中の様子などを観察しながら、整容について評価することができます。

20	食事は一人でできますか。	身体的 ADL（食事の摂取）に関する質問です。これは、用意されている食事を、自分一人で支障なく摂取できるかを問うものです。多小介助すれば自分で摂取できる場合には「部分介助」、自分ではまったく摂取できない場合は「全介助」になります。 **一人暮らしの場合**には、本人に質問して確認するとともに、実際に食事の様子や生活の様子全体から評価することができます。食事摂取が困難であり、かつ適切な支援がない場合には、身体的衰弱のリスクがあります。
21	家のなかでの移動は一人でできますか。	身体的 ADL（移動）に関する質問です。これは、家の中で、トイレや風呂などに自分一人で行くことができるか、移動能力について問うものです。杖、歩行器、車椅子などを使用して一人で必要な場所に移動できる場合は支障なしとし、見守りが必要か、多小介助が必要か（「部分介助」）について検討します。移動のために全面的に介助が必要な場合には「全介助」とします。 **一人暮らしの場合**には、本人に質問して確認するとともに、生活の様子全体から判断して評価することができます。家の中での移動が困難であり、かつ適切な支援がない場合には、身体的衰弱のリスクが高まっている可能性があります。

（３）DASC-21 の評価方法

1) 合計点を用いる場合

DASC-21 の合計点が 31 点以上の場合「認知症の可能性あり」と判定する。

2) 認知機能障害と生活障害のプロフィルから認知症の重症度を評価する場合：

① 合計点が 31 点以上で、遠隔記憶（項目 No.3）、場所の見当識（項目 No.5）、社会的判断力（項目 No.9）、身体的 ADL に関する項目（項目 No.16～21）のいずれ「も」が 1 点または 2 点の場合は「軽度認知症」の可能性ありと判定する。

② 合計点が 31 点以上で、遠隔記憶、場所の見当識、社会的判断力、身体的 ADL に関する項目のいずれ「か」が 3 点または 4 点の場合は「中等度認知症」の可能性ありと判定する。

③ 合計点が 31 点以上で、遠隔記憶、場所の見当識、社会的判断力、身体的 ADL に関する項目のいずれ「も」が 3 点または 4 点の場合は「重度度認知症」の可能性ありと判定する。

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（ＤＡＳＣ-21）

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

記入日　　年　　月　　日

ご本人の氏名：	生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）	男・女	独居　・　同居
本人以外の情報提供者の氏名：	（本人との続柄：　　）	記入者氏名：	（所属・職種：　　）

		1 点	2 点	3 点	4 点	評価項目		備考欄
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問（採点せず）		
B	1年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる			
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶	近時記憶	
2	5 分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ			
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		遠隔記憶	
4	今日が何月何日かわからないときがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4 いつもそうだ	見当識	時間	
5	自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		場所	
6	道に迷って家に帰ってこられなくなることはありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		道順	
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	問題解決判断力	問題解決	
8	一日の計画を自分で立てることができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない			
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		社会的判断力	
10	一人で買い物はできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭外のIADL	買い物	
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		交通機関	
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人できますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		金銭管理	
13	電話をかけることができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内のIADL	電話	
14	自分で食事の準備はできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		食事の準備	
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		服薬管理	
16	入浴は一人でできますか。	1. 問題なくできる	2.見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的ADL①	入浴	
17	着替えは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2.見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		着替え	
18	トイレは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2.見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		排泄	
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2.見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的ADL②	整容	
20	食事は一人でできますか。	1. 問題なくできる	2.見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		食事	
21	家のなかでの移動は一人でできますか。	1. 問題なくできる	2.見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		移動	

DASC 21：（1～21項目まで）の合計点　　点/84 点

©栗田主一　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム（認知症・うつの予防と介入の促進）

（４）DBD-13

1) DBD-13 とは

行動・心理症状の存在は、介護者の負担を増し、在宅での生活を困難にする要因のひとつと考えられる。この行動症状を鋭敏に感知できる評価尺度として 28 項目からなる認知症行動障害尺度（Dementia Behavior Disturbance scale：DBD）が 1990 年に発表され[2)]広く臨床・介護現場で使用されてきている。

町田らは 28 項目ある DBD から因子分析を用いて、13 項目を選び DBD の短縮版として発表した[3)]。その中で DBD28 と強い相関を示すだけでなく MMSE や基本的 ADL、手段的 ADL とは負の相関を示し、Zarit の介護負担尺度とは正の相関を示すことを明らかにしている。

認知症初期集中支援チームは、限られた時間のなかで、可能な限り多くの情報を得る必要があり、有用性が高くかつ簡潔なアセスメントツールを用いることが望まれる。そのために行動症状の評価尺度として DBD13 を採用した。

2) DBD-13 を用いる場合の留意点について

１は記憶障害を反映しており、軽度から中等度の認知症で観察される。介護者を最も悩ませる行動障害のひとつである。２は記憶障害と一部取り繕い反応を示している。3 はアパシー、4 および 6 は睡眠障害の存在を示す。

5 および 9 は興奮や易怒性の現れであったり、自信のなさの裏返しであったりする。7 と 8 は多動で、背景には不安や常同行動の要素がみられる。10 は時間の見当識障害と同時に、実行機能障害と自己評価の障害を反映している。

11 は病識のなさ自己評価の障害、12 は実行機能障害、記憶障害と同時に潜在的な不安が観察されることがある。13 は多動や実行機能障害、時には興奮や易怒性が背景に存在することがある。

3) DBD-13 の評価方法

13 の質問項目について、0：全くない　1：ほとんどない　2：ときどきある　3：よくある　4：常にある　の 5 段階評価を行う。すべての項目が常にあるときには　4×13 で 52 点となる。総合得点の変化をみると同時に、どの項目に失点があり、それがどのように変化したかも重要である。

（５）身体の様子のチェック

身体のチェックとしては、表 4-11 の A.①から⑧までを観察する。詳細な観察は次のステップとなるので、この時点ではまず全体的な把握に努めるようにする。すべてを初回にチェックする必要はなく、2 回目以降にチェックしたり、初回で気になった点は 2 回目以降で

詳細に検討したりする。全身観察では、表 4-11 の A.①～⑧の項目について、表 4-12 に示すような内容を聞く。表 4-12 の質問のあとに DASC や DBD の番号が示してあるのは、関連する質問が DASC や DBD の項目にあることを示している。

表 4-12 に示したチェック項目は情報の得やすさに難易度の差がある。家族がいて情報が得られる場合にはこれらの項目の情報は比較的得やすい。独居で観察のみから情報をえることは難しく、トイレは一人でできるか、トイレやお風呂までの移動は一人でできるか、目が見えにくいかどうか、耳が聞こえづらいかどうか、訪問者との意思疎通が可能かどうか、 身体や衣服は清潔か、家屋、室内は清潔か、極度にやせているか肥満しているか、むくみがあるかどうか、昼間寝てばかりいるかどうか、興奮や無気力がなく訪問を受け入れられるかは観察だけでも情報がえられる可能性がある。一方、入浴はひとりでできるか、一人で買い物に行けるか、食べ過ぎるか（食事摂取量、水分摂取量、食事回数）、何時に寝て何時に起きるか、寝つきはよいか、特別な理由がないのに夜中に起きだすかなどは一般に情報獲得が困難であることが多い。

表 4-11　何を評価するのか―身体の様子のチェック

A. 全身状態
①身体状態、②コミュニケーション能力、③衛生状態、④栄養状態、⑤摂食状態、⑥排泄状態、⑦睡眠状態、⑧精神状態
B. 基礎データ
バイタルサインのチェックと身体測定
血圧、脈拍、体温、呼吸数、身長、体重

表 4-12　身体の様子チェック票

－身体の様子のチェックについて－

①身体機能
- □ 入浴はひとりでできるか （DASC16）
- □ 着替えは一人でできるか（DASC17）
- □ トイレは一人でできるか （DASC18）
- □ 身だしなみを整えることは一人でできるか（DASC19）
- □ 食事はひとりでできるか （DASC20）
- □ トイレやお風呂までの移動は一人でできるか（DASC21）

②コミュニケーション能力
- □ 目が見えにくい
- □ 耳が聞こえづらい
- □ 訪問者との意思疎通が不可能
- □ 訪問者との意思疎通が可能
- □ 一人で買い物に行けるか（DASC10）
- □ 電話をかけることができるか（DASC13）

③衛生状態　□ 身体は清潔か　□ 衣服は清潔　□ 家屋、室内は清潔か

④栄養状態　□ 極度にやせているか肥満している　□ むくみがある

⑤摂食状態
- □ 食事を拒否したり食べない（DBD 28-18 ）
- □ 食べ過ぎる（DBD 28-19 ）
  （食事摂取量、水分摂取量、食事回数）
- □ 噛めるかどうか

⑥排泄状態
- □ 尿失禁がある DBD 28-20（回数、性状）
- □ 便失禁がある DBD 28-28（回数、性状(便秘・下痢の有無)）

⑦睡眠状態
- □ 何時に寝て何時に起きるか 寝つきはよいか
- □ 特別な理由がないのに夜中に起きだす（DBD13-4）
- □ 昼間寝てばかりいる （DBD13-6）

⑧精神状態
- □ 興奮や無気力がなく訪問を受け入れられるか
- □ 興奮したり、動き回ったりしておちつかない（DBD13-5,9）
- □ 何もしようとせず、無気力（DBD13-3）

参考文献

1) 粟田主一、杉山美香、井藤佳恵、宇良千秋、宮前史子、佐久間尚子、新川祐利、岡村毅、稲垣宏樹、伊集院睦雄：地域在住高齢者を対象とする地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)の内的信頼性・妥当性に関する研究. 老年精神医学雑誌. 26:675-686,2015.

2) Baumgarten M, Becker R, Gauthier S: Validity and reliability of the Dementia Behavior Disturbance scale. J Am Geriatr Soc 38:221-226, 1990

3) 町田綾子：Dementia Behavior Disturbance scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性、妥当性の検討―ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して―. 日老医誌 49：463-467, 2012

Ⅴ章　認知症初期集中支援における具体的活動

１　支援のための具体的なプロセス

認知症初期集中支援チームが、相談者（認知症の人や家族介護者）を支援するための具体的なプロセスについて解説する。

（１）相談の応需

地域包括支援センターの総合相談等で認知症に関連する相談を受け付けたときに、「認知症初期集中支援の対象か否かの判断」を行う。

1）相談を受け付ける

相談は電話または来所面談によって受け付けることができる。いずれの場合においても、相談者の話を傾聴しながら、必要事項を確認し、その内容を受付票やフェイスシート（地域包括支援センターで使用されている利用者基本情報など）に記入する。その際には、下記の点に留意する。

① 相談者の特徴に合わせて相談を受ける。
- 相談者が本人の場合：不安が強い場合が多いので、安心感が与えながら質問するように配慮する。
- 子（その配偶者を含む）や配偶者の場合：同居の場合は、認知症の人がすでに重症化しており、相談者が精神的・身体的に疲弊している場合がある。まずは介護の負担などについての訴えを受け止め、ねぎらうようにする。
- 民生委員の場合：地域とのトラブルが発端になって相談に至っている場合がある。地域の中でさらなる情報収集が必要になる可能性が高い。

② 誰が困っているのかを整理する。

③ 対応が必要なことに優先順位をつける。

2）認知症初期集中支援の対象か否かの判断

相談対象者（以下、本人）が、表 5-1 の基準を満足する場合には認知症初期集中支援の対象となる。認知症初期集中支援の対象と判断される場合にはその場でフェイスシート（利用者基本情報等）の記入とともに、認知症アセスメントを開始してもよい。しかし、以下のような状況のために、相談受付時にはアセスメントが行えない場合も多い（表 5-2）。その場合は、改めて、来所または訪問によって相談者と面接しアセスメントを行えるように調整する。

表 5-1　認知症初期集中支援の対象者の基準

40 歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。

ア　医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者

（ア）　認知症疾患の臨床診断を受けていない者

（イ）　継続的な医療サービスを受けていない者

（ウ）　適切な介護保険サービスに結び付いていない者

（エ）　診断されたが介護サービスが中断している者

イ　医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

表 5-2　相談受付時にはアセスメントを行えない理由

- 初回では、まずは、関係づくりが優先されるため
- 電話での相談のため細かな質問はできないため
- 面談時間が限られているため
- 近隣住民からの相談で情報が不明確なため
- 同居していない家族からの相談で、情報が不足しているため

（２）観察・評価（初回家庭訪問を含む）

認知症アセスメントシートを用いた情報の収集を行う。初回の観察・評価は地域包括支援センター等における来所面談やチーム員の家庭訪問によって実施されるが、本人の住まい、暮らしの様子などを把握するために、可能な限り、自宅へ訪問して観察・評価を行うようにする。ただし、相談の対象となっている本人から訪問の了解が得られていない場合には、訪問の方法について所内で十分に検討する必要がある。以下に訪問に至るまでの実際の過程を示す。

1）訪問の準備

① 訪問同行者の調整

- 相談者（家族など）、本人が信頼している人、本人の生活状況をよく知っている人に訪問の同行の依頼をする。
- 本人から訪問の了解がまだ得られていない場合には、訪問了解を得るための本人への説明の仕方を検討しておく。

② 訪問の前に、家族、地域の人、関係者からも情報を収集しておく。

③ 訪問の約束は本人と関わりのある人が調整する。

④ 警戒心や拒否が強い場合は、本人の状況に合わせて訪問の仕方を検討する。

⑤ 本人が独居であり、かつ身寄りがない場合などでは、訪問に同行できる親族等がいない場合がある。その際には、チーム員会議（Ⅴ章１（4）参照）の中で本人にアプローチする方法を十分に検討してから訪問を行う。

2）訪問の実施

① 訪問体制

- 複数での訪問を原則とする。
- 本人や家族に安心感をもってもらえるように配慮する。
- 相談の内容を予測して、適切な関係者や支援者の協力を得ながら効率よく観察・評価を行う。
- 訪問者の危険を回避できる体制を取れるようにする。

② 訪問時における留意点

- 自己紹介をし、訪問目的を伝える。
- 本人と家族の話を傾聴する。
- 本人との信頼関係の構築を図る。
- 本人のこれからの生活に対する意向を確認する（本人が大事にしていること、得意なことなど）。
- 家族の介護への意向を確認する（家族間で意見が違う場合があるので注意）。
- キーパーソンとなる人を見つける（独居の場合は特に重要）。
- 本人の心身の状態や生活状況を観察し、家族や訪問した関係者との間で情報が共有できるようにする。

3）観察・評価の実施

認知症アセスメントシートを活用して、認知症の総合アセスメントを行い、本人の心身の状態や生活状況に関する情報を収集する。

① 認知症によくみられる認知機能障害や生活機能障害は、「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（DASC-21）」を活用して、簡便にチェックすることができる。DASC-21 を活用することによって、以下のような認知機能障害と生活機能障害の有無を評価することができる。認知機能障害：近時記憶障害、遠隔記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、道順障害（視空間認知）、問題解決能力の障害、社会的判断力の障害。生活機能障害（IADL：金銭管理、交通機関の利用、買物、服薬管理、食事の準備、電話の使用、BADL：着脱衣、入浴、排泄、食事、移動、整容）。

② BPSD が認められる場合には、これを具体的に記述する。また、DBD-13 を用いて、BPSD の程度をおおまかに評価することができる。認知症によくみられる BPSD として、以下のような症状をチェックできるようにリストアップしておくこともできる。
例：アパシー（自発性低下）、睡眠障害、易刺激性、被害念慮、抑うつ、誤認、幻覚、

徘徊、上機嫌、焦燥、不安、作話、興奮、暴言、暴力、介護への抵抗、不潔行為、火の不始末、性的逸脱行動など。

③ 身体症状及び状態は、現在治療中の疾患について、どのような疾患に、いつ頃から罹患しており、現在どこの医療機関で治療しているか、服用している薬剤があれば薬剤名と処方量、最近気づいたことがあるかについて記録する。さらに簡単な身体チェック（気がついた点をチェック）とバイタルチェックを行い、かかりつけ医を確認する。

④ 社会的困難状況が認められる場合に、具体的内容を記述する。以下のような項目をリストアップし、チェックできるようにしておくこともできる。
例：独居、高齢世帯、身寄りなし、介護負担が大きい、介護者の健康問題あり、受診拒否、サービスの利用に消極的、不衛生（身体、住環境）、近隣とのトラブル、経済被害、虐待、その他

⑤ 本人の生活状況については、生活歴、職歴、最近の生活状況について記述する。趣味・楽しみ・特技、友人・地域との関係、本人の思い・希望、家族の思い・希望などについても考慮する。

⑥ 家族の状況については、家族の受け止め方、家族の対応力、家族の主訴などを記述する（「Ⅴ章 3 家族介護者への支援」を参照）。

初回の観察・評価ではこれらの項目すべてについて十分な情報が収集できない場合もある。その場合には、まずは、「認知症が疑われるか否か」、「緊急対応を要する課題はないか」について評価し、総合アセスメントの全体は複数回の訪問を通して完成させるようにする。また、必要に応じて、関係者からも情報収集を行い、地域の状況（地域力）についても把握する。

DASC-21 や DBD-13 以外のアセスメントシートを用いる場合は、信頼性・妥当性の検証がされたアセスメント票を用いて、認知症の包括的な観察・評価を行う。

なお、どのようなアセスメントシートを用いる場合であっても、事前に、チーム員を対象としたアセスメントシートに関する研修や勉強会等を実施し、アセスメントシートの使用方法や、評価結果に基づく訪問対象者の状態像を、チーム員全体が共通理解できるようにしておくことが重要である。

（３）観察・評価の結果とそれに基づく初期支援

① 情報の提供と受療支援：DASC の評価結果から「認知症の可能性」があるかどうかを判断することができる（「Ⅳ章 3 アセスメントツールの使用方法」を参照）。「認知症の可能性」がある場合には、アセスメントシートを本人や家族に示しながら、どのような認知機能や生活機能に支障を来たしている可能性があるかを丁寧に、わかりやすく説明する。「認知症の可能性」があるが、認知症の医学的な評価がなされていない場合には、主治医（かかりつけ医）の有無を確認した上で医療機関への受診勧奨を

行い、診断につなぐ（「Ⅴ章 2 医療機関への受療支援」を参照)。また、継続的な医療サービスが得られるように支援する。

② 身体を整えるケア：身体状況のチェックから、水分摂取、食事摂取、排泄、運動などについて助言し、身体の状態を整えるための必要な支援を行う。

③ 生活環境の改善：生活環境のチェックから、建物の構造、段差、温度、日当たり、水回り、音、調理器具、整理整頓等について助言し、必要な支援を行う。

④ 服薬管理：服薬管理の状況を確認し、支援が必要な場合（特に独居の場合）には、服薬管理を支援するための対策を講じる。

⑤ 介護保険サービスが必要な場合の調整：介護保険サービスが必要な場合には、サービス利用に向けた調整を検討する。

⑥ 介護保険サービス以外の社会資源の活用：介護保険サービス以外の社会資源の活用が必要とされる場合（例：生活支援や家族介護者の支援)、活用できるサービスを検討し、利用に向けて支援を行う。

⑦ 権利擁護に向けた調整：特に、独居の場合など、成年後見制度等、権利擁護のための支援が必要な場合にはその調整を行う。

⑧ 緊急対応：緊急対応を要する課題がないかを確認する（独居の場合は特に注意する）

- 食事が確保できているか。
- 現金があるか。
- ライフラインが止められていないか。
- 重篤な健康問題がないか。
- 虐待の可能性はないか。
- 家族介護者に重篤な健康問題はないか。

緊急対応を要する課題については、チーム員で迅速に支援策を検討し、関係機関に協力を求め、速やかに対応する。

（4）チーム員会議

認知症総合アセスメントの結果を関係者間で情報共有しながら、チーム員会議の中で、具体的な支援策を決定していく。

1）メンバーの招集

チーム員会議の設営を行うコーディネーターを定め、コーディネーターがメンバーを招集し、チーム員会議を開催する。

2）会議の内容

- 支援の対象が誰であるか（本人か、家族か）を確認する。
- 支援にかかわる多職種で初期集中支援計画を作成し、決定する。

・　メンバーの役割と支援の内容（支援の方針、内容、頻度、期間、連携方法の確認等）を確認する。
・　チーム員会議後の初期集中支援計画のコーディネーターを明確にする。
・　支援開始後の状況の変化や緊急時の連絡体制の確認を行う。
・　認知症の方が住む地域の民生委員や地域住民への情報提供の検討を行う。
・　初期集中支援計画に対して本人・家族の同意を得る（高齢者世帯の場合、決定に子や孫の確認が必要な場合もある）。
・　認知症初期集中支援のゴールを定める。
・　次回会議（最後の会議ではモニタリング）の時期を決める。

3）会議の運営

会議の年間の開催回数や時間等は、チーム員のスケジュール、当日の会議で取り上げる事例の数等に応じて設定する。定期的な会議の運営では、あらかじめ会議の候補日や会場、予定時間を年間で決めたり、会議用の帳票を定めておく等の方法がある。

効果的・効率的な会議の運営のため、以下のような点に留意して会議を運営する必要がある。

・　会議の招集を行うコーディネーターは、会議の目的に沿って、チーム員だけでなく必要な関係者が参加できるよう調整する。
・　会議の開催にあたり、進行役、タイムキーパー、記録係等の役割を決めておく。
・　進行役は、会議の開始にあたり、会議の目的や訪問対象者にとって何回目の会議かを確認する。また、会議の中で各チーム員が発言しているかどうかを観察し、発言していないチーム員に発言を促す。
・　進行役は、会議を終了する際、訪問対象者の支援経過に応じて、訪問対象者の支援計画が立てられたか、計画の変更点は何か、訪問終了時の計画の達成状況はどうか、引継ぎ先はどこにどのように引き継ぐか等を確認して終了するようにする。
・　チーム員以外の関係者（引き継ぎを行うケアマネジャー等）が会議に参加した場合、疑問点は解消できたか、会議の内容で確認したい点はないか、今後連絡を取る場合は誰に連絡したらよいか等を確認して会議を終了する。
・　会議の開催目的により、会議の進行の雛形をあらかじめ作成しておくことも有効である。

（初回訪問終了後の最初の会議の進行の雛形の例）

①　訪問対象者の概要を地域包括支援センター等の担当者から説明
②　初回訪問及び観察・評価の結果を訪問担当のチーム員から報告
③　質疑応答及び支援方針・支援計画案の検討
④　支援計画の確認、チーム員や関係者の役割分担

（５）支援の実施

チーム員会議で立案した初期集中支援計画にしたがって、チーム員で役割分担をして、支援を展開する。必要に応じて、関係機関と連携して、課題の解決に向けた支援を展開する。認知症の初期（支援の導入期）には一般的に、

① 医療機関への受療支援
② 家族介護者への支援
③ 単身者の場合には生活支援（服薬管理や金銭管理など）
④ 介護保険サービスの利用に関する支援
⑤ 成年後見制度の利用に関する支援
⑥ BPSD への対応や予防に関する支援

などが必要となる。

支援経過の中で、定期的にチーム員会議を開催し、下記のポイントを継続的に確認しながら、情報を共有し、課題に応じた初期集中支援計画の修正を行う。

・支援全体の実施状況
・関係機関におけるサービスの提供状況
・本人の心身の状態と生活状況
・家族の状況
・初期集中支援計画の妥当性
・将来的なケアや医療に関する本人の希望

（６）終結、引き継ぎ、モニタリング

認知症初期集中支援チームによる支援は、認知症支援の導入期に行われるものであり、以下の基準を満たした場合には支援を終結とする。

1）終結の基準

認知症初期集中支援の実施期間は原則 6 ヶ月間とする。ただし、認知症初期集中支援の対象者の基準のうち、

- 基準アについて、医療サービス及び介護サービスの導入が達成できた場合
- 基準イについて、BPSD が軽快し、対応上の困難性が軽減した場合は、終結としてもよい

2）記録

終結時には、「訪問支援終了連絡票」及び「実施結果報告書」を記入する。

3）引き継ぎ、モニタリング

介護保険サービスが導入されている場合には、介護支援専門員に引き継ぐことができる。この場合、介護支援専門員とアセスメントシートの情報を共有し、可能な限り、チーム員会議にも出席してもらい、Coordination の形態で連携できるように努める。また、介護支援

専門員との連携体制を維持し、その後の支援の状況をモニタリングできるようにしておく。

２　医療機関への受療支援

認知症は、原因となる疾患によって、治療法、支援のあり方、生活上の注意についても違いがあることから、医療機関を受診し、認知症疾患の診断や医学的評価を受けることは重要である。

（１）医療機関への受診勧奨

本人や家族に、認知症疾患についての基本情報を提供し、医療機関を受診し、診断を受けることの大切さを伝える（パンフレットなどを使用する）。その際には、以下の点に留意しながら、具体的に診断につなげていくためのプロセスを検討する（図 5-1）。

- 本人が受診の必要性を感じているか。
- 本人が一人で受診できるか。
- 受診の必要性を理解し、受診に協力してくれる家族がいるか。
- 主治医（かかりつけ医）がいるか。

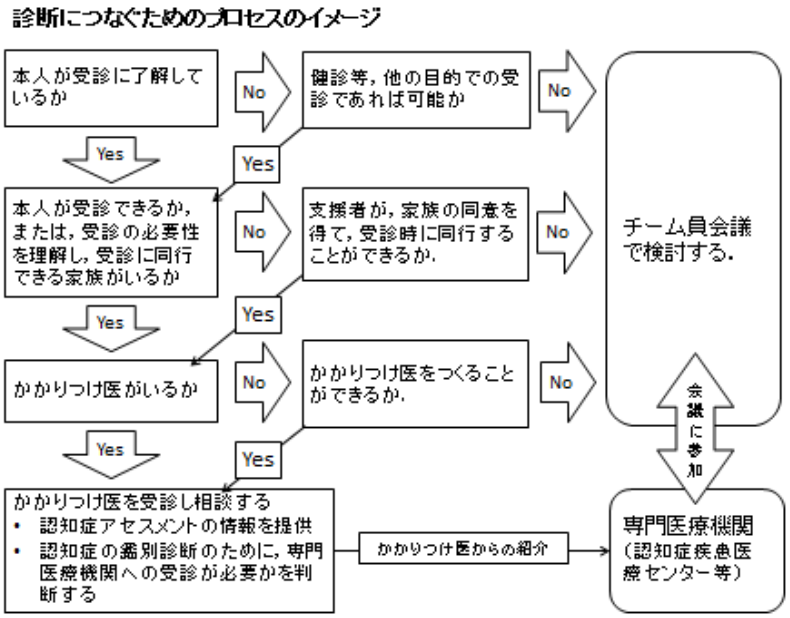


図 5-1　診断につなぐためのプロセスのイメージ

（２）医療機関との情報共有

医療機関との情報共有を行う場合、

①　紹介状と返事による情報共有

②　共通のアセスメントシートを活用することによる情報共有

という 2 つの方法がある。前者は Linkage のレベルでの連携であるが、後者は

Coordination のレベルでの連携に近い。可能な限り、医療機関との間で共通のアセスメントシートを活用できるようにし、医療機関のスタッフがチーム員会議に参加するなどして、高いレベルでの連携（Integration）が実現できるように努める必要がある。

（３）医療を継続するために確認すべきこと

必要な医療が安全に継続されるためには、以下のような生活背景を確認し、医療を継続していくための支援体制を組んでいくことが大切である（特に一人暮らしの場合は重要）

- 通院に同行できる人がいるか。
- 在宅医療の体制を整えることができるか。
- 受診できるお金があるか。
- 服薬管理が自分でできるか。できない場合は協力者がいるか。
- 日常における心身の状態の変化を観察できる人がいるか。

継続医療がすでに開始されている場合でも、以下の点を確認し、定期受診時に同行者が医師に伝えられるようにしておく（特に一人暮らしの場合は重要）

- きちんと処方された薬を内服できているか。一包化する必要性があるか。
- 処方を受けた薬による副作用はないか。
- 気になる身体状況の変化（食欲、便通、眠れるか、など）
- 家族の介護の負担感、疾患に対する理解度、受容度
- 介護サービスの利用状況

３　家族介護者への支援

（１）家族介護者を支援することの重要性

認知症の人のケアで最も大切なことは、認知症の特徴をよく理解した上で、本人の思いに心を寄せながら、生活のしづらさを継続して支えていくことであろう。そのためには、認知症の人が困っているときに相談に乗ったり、不安なときに傍にいたり、病気に気がついてくれたり、一緒に楽しんだり、気分転換を図ったり、受診や通院に同行したり、決まった時間に決まった分量の薬を服用できるようにしてくれたり、金銭や財産を管理したり、介護保険の利用手続きを手伝ってくれたり、社会とのつながりを保てるようにするなどの支援が必要である。しかし、現在の介護保険サービスのみではこれらの支援を提供することは難しい。このようなサービスは生活支援[1)]と呼ばれているが、通常は家族介護者によって提供されている。したがって、家族介護者は、認知症の人の日常生活を支える最も重要な担い手と考えられ、そのような意味でケアラーと呼ばれている。認知症の人が暮らす身近な地域の中で、ケアラーを支援していくことは極めて重要な意味をもっている。

ケアラーを支援するための基本的な枠組みは、ケアラーのニーズを把握した上で、一人ひとりのニーズに応じた情緒的、情報的、手段的なソーシャルサポートを確保していくことであろう。

（２）家族介護者のニーズの把握

家族介護者を支援するための第一歩は、家族介護者自身のニーズを把握することである。「認知症の人と家族の会」の調査によれば、認知症の人を介護する家族の悩みやつらさとして、以下のようなことが指摘されている[2)]。

①本人との関係（行動心理症状：BPSD などの対応）

- コミュニケーションがとれない、何度も同じことを言う
- 被害妄想・物盗られ妄想で怒鳴られる
- 本人ができないことが新たに出てくる
- 変化していく本人を見ているのがつらい

②介護自体のつらさ（身体的負担）

- 夜中の世話で睡眠がとれない
- 排泄の世話
- 気の休まるときがない
- 自分が疲れているとき、病気のとき

③不安や孤立感（心理的負担）

- 相談できる人がいない
- どこまで続くのかの不安
- 病気とわかっていながら怒ってしまい自己嫌悪

④地域や環境から生じるつらさ

- 地域や家族との関係性から生じる失望やつらさ（親類が理解してくれない／兄弟が理解してくれない／サービス利用を反対される）
- 差別から生じるつらさ（奇異な目で見られる／周囲の態度が変わった、など）
- 専門職との関係などサービス利用に伴うつらさ（デイサービスなどでの対応が不安／体調が悪くなる／相談できる介護支援専門員がいない）
- 制度や経済上の問題（仕事が続けられるのか不安／若年性認知症専門の施設がない／施設から出てほしいと言われる）

多くの家族介護者は、①BPSD や日々の介護に対して身体的・精神的な負担を感じており、②社会的な孤立感があり、③サービスの利用についての不安、④経済的な不安、⑤自分自身の暮らしや将来への不安を抱えていることがわかる。このような状況にある家族介護者を支援していくためには、少なくとも以下のような視点が必要かと思われる。

（３）家族介護者をねぎらうこと

まずは、認知症の人を介護する家族の負担、それに関連して生じている身体的・精神的疲弊をよく傾聴し、理解し、ねぎらうことが大切である。

（４）困った時には相談に乗ることを伝えること

認知症初期集中支援のチーム員が、家族介護者本人に“困った時には相談に乗ること”を伝えることは、介護者自身が情緒的ソーシャルサポートを得ることにつながり、身体的・精神的に疲弊し、社会的に孤立している介護者にとっては不可欠の支援となる。

（５）家族介護者の介護負担や健康状態を評価し、介護負担の軽減と健康保持に関する支援を行うこと

家族介護者の介護負担や健康状態を評価し、健康状態に支障が認められた場合には健康状態の改善・保持に向けた支援を行う。また、家族介護者の精神的健康状態を簡便に評価する尺度（例：日本語版 WHO-5）[3]や身体的な健康状態を簡便に評価するためのチェックリストを用意しておく方法もある。健康状態に支障がみられた場合には、家族介護者にそのことを丁寧に説明し、必要に応じて医療サービスの利用を勧める。また、チーム員会議の中で、家族介護者の健康状態の改善・保持を目指した支援のあり方を検討する。

介護者の介護力や介護負担に関連する要因として、以下のような事項が参考になる：介護者の年齢、性別、健康状態、介護経験の有無、介護・医療の資格の有無、他の家族や親族の理解・協力、友人や近隣等の協力状況、相談相手の有無、経済状態、住まいの状況、介護期間、サービス利用への理解と知識、仕事の有無、医療・介護への要望、認知症に関する理解度、本人との関係性、地域とのつながり、介護者自身の生活（自由に外出できるか、介護のためにやりたいことが制限されているか、趣味や楽しみはあるか、介護以外の役割はあるか）など。

（６）情報を提供すること

総合アセスメントの結果に基づいて、「認知症に関する情報」と「利用できるサービス」に関する情報を提供する。また、その地域において、認知症のはじまりから終末期に至るまで、どのようなサービスを利用しながら生活を継続していくことができるか（認知症ケアパス）について情報提供を行うことが望まれる。

繁田らは、認知症の人の介護経験がある家族を対象にアンケート調査を行い、「家族が認知症と知った時に知りたいこと」の項目別の頻度を示している[4]。これによれば、①これからの病気の見通し、②治療の方法、③介護の方法、④生活継続の方法、が上位 4 位を占め、これに続いて、⑤認知症に対応できる介護事業者、⑥介護サービスの相談窓口、⑦認知症を診てくれる専門医、⑧家族会や介護者会などが掲げられている。玉井は認知症の症状を正しく知り、理解することが、介護負担の軽減に大きく関与することを指摘し、心理教育的アプローチの重要性を強調している[5]。

「認知症に関する情報」については、総合アセスメントの結果（認知症疾患、認知機能障害、生活機能障害、身体疾患、行動・心理症状、社会的状況など）について丁寧に説明するとともに、①病気の見通しや治療の方法、②日常の介護や生活の仕方の留意点、③医

療・介護サービスを継続的に利用することの重要性などについて情報を提供する必要があろう。また、「利用できるサービス」については、認知症の人が暮らす生活圏域において利用できる、相談窓口（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等）、医療機関、介護サービス事業所についての情報を提供する必要がある。

（７）サービス利用に消極的な家族介護者への支援について

サービス利用に消極的な家族介護者や支援を拒む家族介護者もいる。その背景には以下のような理由が認められることがある。

- 認知症疾患についての知識不足
- 介護を他人に任せることの罪悪感
- 他人に上がり込まれるのが嫌
- 部屋が汚いので見られたくない
- 時間を拘束されたくない
- 介護にかけるお金がない
- 自分達でやれると感じている
- 近所に知られたくない

谷向は、通所サービスの利用を勧めるにあたって、①多くの認知症は、薬物療法を行ったとしても緩徐に進行していくものであり、「いま」できるからということではなく、「これから先」のことを視野に入れて介護体制を考えることが大切であること、②家で過ごしたいという本人の願いを実現するには、家族の方が「ゆとり」をもって介護という長期戦に臨むことが重要であること、③認知症が重度化すると在宅介護の継続が困難になる傾向があるが、通所サービスを利用している場合には施設入所のリスクを 1/5 に下げる効果があること、などを説明することを推奨している[6)]。

（８）家族介護者を支援するための社会資源

長期にわたる在宅介護においては、家族介護者の孤立を解消し、自分自身が人生の主人公となって生きていくことを継続的に支援できるような社会資源を利用できるようにすることが重要である。そのような支援を実現するための代表的な社会資源には、家族の会（例：認知症の人の家族の会）[7)]や認知症カフェ（コミュニティカフェ）[8)]があろう。認知症カフェは、認知症の人本人と家族介護者が一緒に利用することができる「居場所」を提供するものである。家族介護者が暮らす身近な地域においてそのような社会資源があれば、その情報を提供できるようにしておくことが重要である。また、そのような社会資源がない場合には、そのような社会資源を創出していくための方策をチーム員会議や地域ケア会議などで検討していくことも大切であろう。

（９）家族介護者を支援するためのツールの作成

「認知症についての情報」や「利用できるサービスや社会資源についての情報」は、パンフレットなどの資料を作成して、わかりやすく説明できるようにしておくことが望ましい。

（10）若年性認知症の人の家族介護者への支援

成年に達した後、64 歳以下で発症した認知症のことを若年性認知症という。2009 年の朝田らの調査報告書[9]によれば、わが国における若年性認知症の患者数は 3.78 万人であり、有病率は 18 歳～64 歳の人口 10 万人に対して 47.6 人と推定されている。診断別内訳では、血管性認知症 39.8%、アルツハイマー病 25.4%、頭部外傷後遺症 7.7%、前頭側頭型認知症 3.7%、アルコール関連障害 3.3%、レビー小体型認知症 3.0%、その他 17.0%と報告されている。

斉藤は、若年性認知症の心理的・社会的特徴として、①現役世代に発症するため、高齢期の発症に比較して、本人・家族の心理的喪失感が深く、心理的衝撃が大きい、②一家の収入を支える人の発症は、家族全体に経済的な危機を生じさせる、③患者が仕事などの社会活動の現役の構成員であることが多いため、家族以外で直接影響を受ける人が少なくない、④高齢期に比較して福祉サービスが多岐にわたり、福祉サービスを効率的に利用するのが難しい、といった点を指摘している[10]。

また、医療者が病名を告知するにあたっての留意点として、①血管性認知症では、現状を受け入れやすいようにアセスメントの結果を正確に伝え、予後を伝えて、卒中の予防について真剣に取り組むように説明を繰り返すこと、②アルツハイマー型認知症では、患者の訴えを傾聴し、職場の状況などについて可能な限り客観的な情報を収集すること、社会資源の利用方法について医療者側が正確なオリエンテーションをもって、家族の生活を支援するための方法をできる限り具体的に示すこと、③前頭側頭型認知症では、検査説明、診断の告知にあたっては、家族の絶望に追い打ちをかけることにならないよう、正確な医療情報を知らせるだけでなく、患者の生活する地域において、支援が期待できる社会資源についても具体的な情報を提示すること、を述べている。

アセスメントの結果の説明、病気の特性・予後・治療や予防に関する説明とともに、支援が期待できる社会資源の情報を具体的かつ正確に伝えることが重要であり、こうしたことがその後の暮らしの混乱を防ぎ、本人の BPSD の予防や家族介護者の介護負担増大の予防に寄与する可能性が高い。

（11）家族介護者を支援するためのマニュアルづくり

上記(1)～(10)を踏まえ、それぞれの地域において、地域の特性に応じた家族介護者を支援するためのマニュアルづくりを進めることが望ましい。

４　住まいと生活支援

人がこの社会の中で生きていくためには、日々の暮らしを営むための「住まい」とともに、人と人とが信頼し、相互に支え合うことができるような関係性が不可欠である。人は、自分自身の思い、心配、不安、希望、夢などに耳を傾けてくれる人、信頼できる人、助け合いながら、共に歩んでいくことができる人がいるからこそ、様々な困難に直面しても、前向きに生きていくことができるのではないかと思われる。このような人と人とのつながりを表す社会的指標として、ソーシャル・サポートやソーシャル・ネットワークという概念がある。また、そのような関係性の総体を表す指標としてソーシャル・キャピタル[注1)]という概念がある。ソーシャル・キャピタルは、認知症の人の暮らしを支えることができる地域社会を創り出していくための基盤となる概念と考えられる。

ところで、認知症は、認知機能障害や生活機能障害のために、人と人とのつながりの中で得られる支援が特に必要とされる状態である。にもかかわらず、まさにその認知機能障害や生活機能障害のために、支援を得るための関係性を自ら主体的に築くことに支障を来たし、そのために社会的に孤立し、必要な支援が受けられない状況に陥りやすい。それでも、家族介護者（ケアラー）がいる場合には、ケアラーが「生活支援」の担い手となって、このような関係性の構築が可能となる。しかし、一人暮らしの高齢者やキーパーソンとなる家族がいない高齢者では、誰がこのような関係性を創り出していくことに貢献できるか、誰が「生活支援」の担い手になれるかが第一の課題となる。

ここでは、認知症の人に求められている「生活支援」として、(1) 見守りの支援、(2) IADL の支援、(3) 社会参加の支援について解説するとともに、(4) 一人暮らしの認知症の人が暮らしを継続することができる「住まい」の支援について解説する。

（１）見守りの支援

「見守り」の支援とは、定期的に本人の自宅を訪問したり、必要なときに連絡を取れるようにしたりしておくことよって、本人の思い、心配、不安、希望、夢などに耳を傾け、信頼関係を築き、「困っているときに相談に乗る」、「具合が悪い時などに相談に乗る」などの情緒的なソーシャル・サポートを確保できるようにしておくことである。認知症初期集中支援チームは、こうした役割を果たしていくことができるようにしておく必要がある。そのためには、まずはケースの担当者（認知症コーディネーター）が、本人と信頼関係を築くことが重要である。また、特に一人暮らし高齢者世帯の場合には、地域に暮らす人々との協力の下で、「見守り」の支援が提供できる人と人とのつながり（ネットワーク）を創り出していくことが大切である。

注 1）米国の政治学者ロバート・パットナムによれば、ソーシャル・キャピタルとは、「人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、『信頼』『規範』『ネットワーク』といった社会的仕組みの特徴」であり、「社会全体の人間関係の豊かさ」を意味し、「市民社会の成熟度」の指標と考えられている。

（２）IADL の支援

DASC-21 の IADL の項目に沿って、支援のニーズを把握するとともに、それに対応できる支援体制づくりを進めていく必要がある。

1）服薬管理

一人暮らしの高齢者や高齢者のみ世帯などで、服薬管理に支障がある場合には、「決まった時間に、決まった分量」の服薬（外用薬や注射なども含む）が可能になるように支援の体制を組む必要がある。以下のような対応方法が考えられる。

① かかりつけ医と相談して、薬剤の種類をなるべく減らすとともに、用法を単純化する（可能であれば１日１回処方とする、複数薬剤がある場合には一包化する）
② 薬局と相談し、お薬カレンダーを使用する
③ 副作用が簡単にチェックできるように副作用チェックリストを作成する
④ 服薬確認ができるような支援体制を組む（例：服薬の時間に訪問介護を入れる、家族・親族に訪問してもらう、配食サービスの際に確認してもらう、近隣の人に協力してもらう、通所サービス利用時に服薬するようにする）

2）栄養管理

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯などで、栄養のバランスのとれた食事がとれていないと判断される場合には、（その人の状況に応じて）少なくとも週に何度かは栄養のバランスのよい食事がとれるように支援する必要がある。以下のような対応方法が考えられる。

① 配食サービスを導入する
② ときどき家族・親族にきてもらう
③ 訪問介護を利用する
④ 通所介護を利用する
⑤ 近隣の人や地域の人に協力してもらう
⑥ 地域で食事会を開催する

3）金銭管理

一人暮らし高齢者などで、預貯金や年金などの出し入れ、公共料金の支払い、家計の管理などに支障を来たしている場合には、日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）や成年後見制度の利用を検討する。

① 日常生活自立支援事業：金銭管理やサービス利用を自己の判断で行うことができないが、本事業の内容を理解し、契約を締結する能力がある場合に利用できる。「福祉サービスの利用援助」、「日常的金銭管理サービス」、「書類等預かりサービス」などがある。

② 成年後見制度：認知症、知的障害、精神障害などで物事を判断する能力が十分でない場合には、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法律的に支援する。法定後見制度（判断力が不十分になってから利用）と任意後見制度（判断力が不十分になる前に利用）がある。

4）通院の支援

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯などで、交通機関等を利用して通院することが困難な場合には、通院の支援や在宅医療の利用を検討する必要がある。要介護認定を受けている場合には、訪問介護などで通院支援を受けることができるので、介護支援専門員と相談してケアプランを立てる。また、小規模多機能型施設では通院支援が可能な場合がある。

介護保険サービスの範囲内での通院サービスの利用が困難な場合には、介護保険サービス以外で、通院支援のサービスを行っている地域の社会資源があるかどうか、そのような支援体制を新たに創り出す必要があるかどうかの検討が必要である。

（３）社会参加の支援

認知症の人が、その人なりに豊かな人生を送れるよう、社会とのつながりを作り、社会の中で役割を果たし、社会に向かって行動することができるように支援していくことは非常に重要な意味をもっている。認知症初期集中支援チームは、認知症の人を、社会の中にある様々な活動（例：運動教室、回想法教室、料理教室、園芸など趣味の活動など)、仕事やボランティア（例：シルバー人材の活動など)、当事者の会（例：当事者が体験を発言したり、認知症の勉強をしたりする会など）につなげたり、そのような活動を地域の中に創り出していくことに貢献することができる。認知症カフェは、ケアラーのみならず、認知症の人も、社会につながる場として機能する可能性が高い。

（４）住まいの支援

認知症の人が安全な生活を維持するためには、生活環境の改善についての配慮が特に重要である。生活環境のチェックから、建物の構造、段差、温度、日当たり、水回り、音、調理器具、整理整頓等について助言し、必要な支援を行う。

また、経済的な理由などから、住まいそのものの確保について支援を要する場合もある。一人暮らしの認知症の人が暮らしを継続していくことができる住まいには、安定した「生活支援」が備わっている必要がある。地域の中で、認知症の人の暮らしを支えることができる「生活支援」が提供されているサービス付き高齢者専用住宅や支援付き住宅の実態を把握するとともに、そのような社会資源を創り出していく活動に協力していくことも、認知症初期集中支援チームの重要な役割かと思われる。

参考文献

1) 地域包括ケア研究会 : 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点。平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書」（平成 25 年 3 月）
2) 牧野史子 : 認知症の人や家族を地域で支えるために。東京都精神保健福祉協議会（平成 25 年度講演会）資料より
3) 以下のサイトより日本語版 WHO-5 を入手することができる。
http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/0B58B24F-1C1D-48F6-A2A2-EC8203E067F0/0/WHO5_Japanese.pdf
4) 繁田雅弘 : 認知症の人の家族が知りたいこと。実践認知症診療・認知症の人と家族・介護者を支える説明（繁田雅弘編）。医薬ジャーナル第 1 巻。医薬ジャーナル社、2013
5) 玉井顕 : 家族・介護者を支える説明。実践認知症診療・認知症の人と家族・介護者を支える説明（繁田雅弘編）。医薬ジャーナル第 1 巻。医薬ジャーナル社、2013
6) 谷向知 : 通所サービスやリハビリテーションに関する説明。実践認知症診療・認知症の人と家族・介護者を支える説明（繁田雅弘編）。医薬ジャーナル第 1 巻。医薬ジャーナル社、2013
7) 公益社団法人認知症の人と家族の会 http://www.alzheimer.or.jp/
8) 公益社団法人認知症の人と家族の会 : 認知症カフェのあり方と運営に関する調査研究事業報告書。平成 24 年度老人保健事業等推進費補助金老人保健健康増進等事業報告書（2013 年 3 月）。http://www.alzheimer.or.jp/pdf/cafe-web.pdf
9) 朝田隆 : 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）総合研究報告書「若年認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」（平成 21 年）
10) 斎藤正彦 : 若年発症型認知症に関わる説明。実践認知症診療・認知症の人と家族・介護者を支える説明（繁田雅弘編）。医薬ジャーナル第 1 巻。医薬ジャーナル社、2013

５　認知症の行動・心理症状(BPSD)への対応や予防に関する支援

（１）はじめに

BPSD への対応や予防に関する支援を行う上で最も重要なことは、BPSD の背景にある認知症の本人の思い、心のあり方を考えること、認知機能障害や生活障害をもって生きるとはどういうことか、その人が主観的にどのような体験をしているかということを、その人の立場に立って考え、理解するように努めることであろう。ここでは、BPSD への理解を深めるために、BPSD の歴史、定義、疫学、影響、成因について概略を述べ、様々な BPSD と支援のあり方について述べたいと思う。

（２）BPSD の歴史

認知機能や生活機能の低下とともに、多様な精神症状や行動症状が認知症を構成する主要な臨床像であることは、精神医学の歴史の中では古くからよく知られていた。老年認知症の概念を規定した Esquirol（1938）[1]は、その臨床像として、記憶力や注意力の低下とともに、「わずかなことに過度に興奮したり、無目的に種々の仕事をやりすぎたり、長らく忘れられていた性欲が現れたり、前には考えられもしない行動にでることがある」と記載している。Alzheimer（1906）[2]は、今日彼の名で知られている疾患の記載において、パラノイア、性的虐待の妄想、幻覚、叫声がこの疾患の顕著な症状であると述べている。

これらの症状は、その後、「周辺症状」、「辺縁症状」、「随伴精神症状」、「行動障害」、「問題行動」など様々な名称で呼ばれるようになった。しかし、近年になって、世界が認知症高齢者の増加に直面するようになり、これらの症状が本人、家族、看護師や施設職員、社会に対して甚大な影響を及ぼすことが広く知られるようになってから、その研究を世界規模で推進することが強く求められるようになった。このような経緯の中で、1996 年に、国際老年精神医学会は「認知症の行動障害に関するコンセンサス会議」を開催し、「認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）」という世界共通語としての名称を提唱するに至ったのである（表 5-3）[3]。

（３）BPSD の定義

BPSD は「認知症患者に頻繁にみられる知覚、思考内容、気分、行動の障害の症候」と定義されている[4]。BPSD は行動症状と心理症状に分類され、行動症状は「通常は患者の観察によって明らかにされる。攻撃的行動、叫声、不穏、焦燥、徘徊、文化的に不釣合な行動、性的脱抑制、収集癖、ののしり、つきまといなど」、心理症状は「通常は、主として患者や親族との面談によって明らかにされる。不安、抑うつ、幻覚、妄想など」と記載されている。

表 5-3　1996 年の BPSD コンセンサス会議の結論（Finkel 1996）

1. BPSD は、疾病過程の不可欠の要素であり、それゆえに世界中の保健医療提供者の重大な関心事となっている。
2. これらの症状は、患者本人、社会、保健医療サービス、そして患者と関わるすべての人々にとって深刻な問題となっている。
3. 今や、多くの BPSD は、治療によって症状を緩和させることができる。このような治療によって、患者の苦悩、家族の負担、認知症に関連して生じる費用を軽減させることができるであろう。
4. 以下の領域の研究に取り組むことが、今、必要とされている。
   ・異なる文化間で使用することができる BPSD の評価尺度の開発
   ・BPSD の出現に関する、環境的、生物学的、心理学的な関連要因の探索。
   ・BPSD の縦断的評価
   ・BPSD の頻度、病態メカニズム、患者・家族・社会に及ぼす臨床的・社会的影響。
   ・様々な BPSD に対する治療法の開発と薬物・非薬物的介入に対する反応性の評価

（４）BPSD の疫学

BPSD の疫学調査は、地域レベル、医療機関レベル、施設レベルで行われ、さらには異なるフィールド間の比較や、系統的文献レビューも報告されている。Seitz ら[5]は、系統的文献レビューによって、介護施設に入所している認知症患者の 78%に BPSD が認められると報告している。Savva ら[6]は、地域在住高齢者の BPSD の有症率を 12 の具体的症状について推計し、図 5-2 のような結果を得ている。

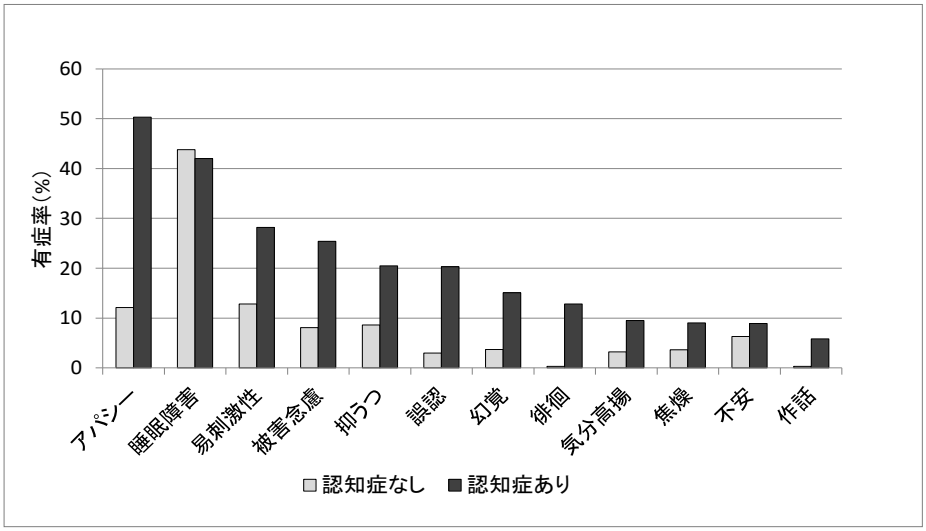


図 5-2　イングランドとウェールズの地域在住高齢者における BPSD の有症率の推計値（Savva らの論文より作成）

（５）BPSD の影響

BPSD は、認知症患者の、①施設入所、医療機関への入院、救急事例化のリスクを高め、②医療・介護の費用を増大させ、③家族や施設職員らの介護負担を高め、④本人の機能障害を増大させ、⑤本人および介護者の QOL を低下させる（図 5-2）[7]。

Black ら[8]は、pooled analysis によって、BPSD が介護負担（r=0.57、95%CI=0.52-0.62）、介護者の心理的苦悩（r=0.41、95%CI=0.32-0.49）、介護者の抑うつ状態（r=0.30、95%CI=0.21-0.39）と有意に関連すること、施設入所との関連では、BPSD そのものよりも、介護者の機能状態や社会的支援の多寡がより重大な要因になることを示している。

（６）BPSD の成因

BPSD の成因については、遺伝的異常、神経伝達物質の変化、神経内分泌の異常、神経病理学的変化、神経画像（形態画像、機能画像）、概日リズム、神経心理学的所見、認知症の重症度、原因疾患、性格・心理的要因、環境・社会的要因との関連で研究されている。BPSD の成因に関する研究は、その治療やケアのあり方を科学的に考えていく上で重要である。

しかし、より重要なことは、我々一人ひとりが、認知症をもって生きるということがいかなることであるかということを、その人が主観的にどう体験しているかということを、その人の立場にたって想像し、共に理解していくということにあろう。そのような視点から、BPSD と呼ばれるものを改めて見直していくことが、これからの認知症の医療と介護には欠かせない。

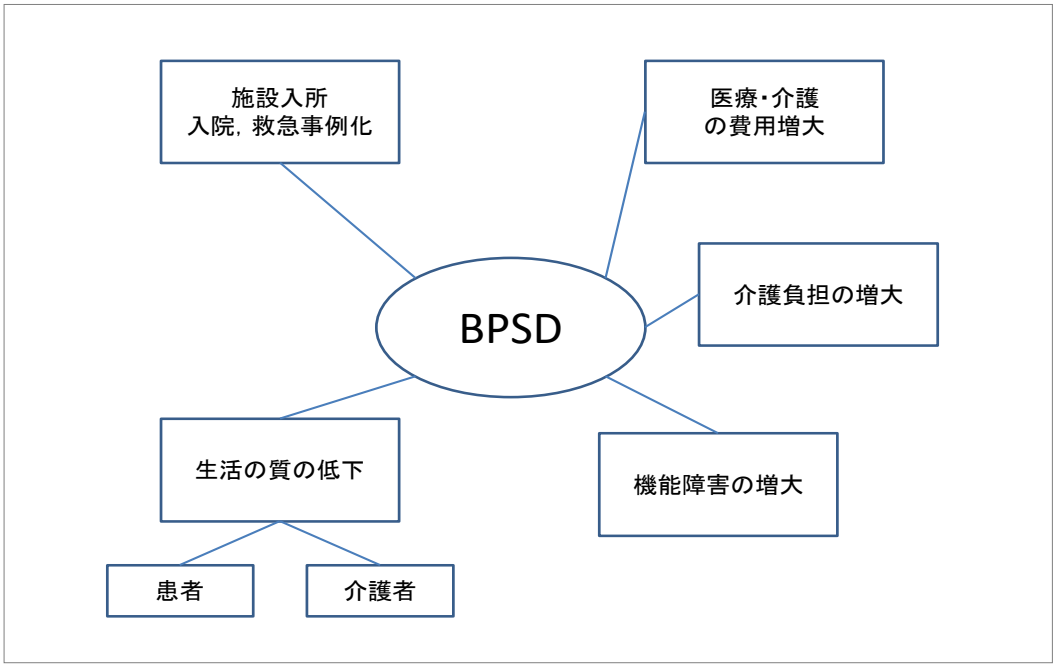


図 5-3　BPSD の影響（Finkel の論文に掲載されている図を一部改変）

（７）BPSD への対応に関する基本的な考え方

「世界に類を見ない長寿国である日本で、高齢者が認知症になっても、尊厳をもって質の高い生活を送ることは、私たちの共通の望みである」。これは 2012 年 6 月 12 日に公表された厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームの報告書「今後の認知症施策の方向性について」の冒頭の一文である。たとえ認知症疾患に罹患しても、尊厳をもって質の高い生活を送ることができる社会を創出するために、私たちは BPSD に注目し、より深くこれを理解していく必要がある。なぜならば、BPSD は、認知症をもって生きる人の主観的な体験と切り離せないものであるからであり、特に、認知機能障害や生活障害をもって生きるということの不安や孤独感と深く関連して現れる場合が少なくないからである。支援者はまずそこに眼差しを向け、その上で支援のあり方を考えていく必要がある。

（８）BPSD の類型と支援のあり方

BPSD の背景には、認知機能障害や生活障害をもって暮らす高齢者の不安や心配、孤独などが深く関連している場合が少なくない。それと同時に、身体的な要因（身体疾患：脳血管障害や感染症、便秘、疼痛、脱水症、薬物の影響など）や環境的な要因（騒音、気温、不適切なケアなど）が関与していることがあることから、それらの検討が必要である。そのような要因を検討した上で、支援のあり方を個別的に考えていくことが重要である。

1）妄想

病的な誤った判断や観念のことを妄想という。並々ならぬ確信をもち、容易には修正できない。認知症の人によくみられる妄想には、「人が物を盗む」（物盗られ妄想）、「家の中に人が入ってくる」（侵入妄想）、「私を家から追い出そうとしている」（迫害妄想）、「食べ物に毒を入れられる」（被毒妄想）、「配偶者（またはそれ以外の介護者）は偽者である」（替え玉妄想、妄想性誤認）、「家に見知らぬ人が住んでいる」（同居人妄想、妄想性誤認）、「見捨てられる」（見捨てられ妄想）、「配偶者が浮気をしている」（嫉妬妄想または不義妄想）などがある。被害的な内容をもつ妄想（被害妄想、被害念慮）では、しばしば易刺激性、攻撃性などが認められる。

支援のポイント：認知症の場合には、あたかも記憶の欠損を埋め合わせるように話をつくり（作話）、これが妄想として表出されることがある（作話性妄想）。そこには、認知機能の障害をもって生きる高齢者の不安や孤独が背景にあるように思われる場合も少なくない。認知機能障害がある高齢者の立場に立って、体験をよく聞き、不安感や孤立感を解消していけるような支援、気分転換が図れるような支援を考えていくことが有効な場合がある。症状が著しく、本人の不安が強い場合には非定型抗精神病薬による薬物療法を行うこともある。

2）幻覚

対象が実在しないにもかかわらず知覚として体験される心的現象を幻覚という。幻視、幻

聴、幻嗅、幻触などがある。幻視の中でもよくみられるものに「現実にはいない人を家の中で見る」（例：幻の同居人）という体験があるが、これは誤認に分類することがある。幻視が目立つ場合にはレビー小体型認知症が疑われる。症状が現れたり、消えたり、変動しやすい。

支援のポイント：まずは、体験をよく聞き、不安が強い場合には安心感を与えるような支援が大切である。日常生活が閉じこもりがちであったり、人とのつながりが希薄であったり、睡眠覚醒のリズムが不安定であったりする場合に現れやすい。何か活動をしていたり、人と一緒に過ごしたり、注意がどこかに向けられていると症状があまりみられないこともある。レビー小体型認知症の幻覚症状に対して、コリンエステラーゼ阻害薬が有効な場合もある。せん妄である可能性もあるので、そのことを考慮しておくことも重要である（「Ⅴ章 6 せん妄と初期支援」を参照）。

3）誤認

外部刺激の知覚錯誤であり、妄想的に抱いている信念または作り上げた事柄を伴う知覚錯誤と定義することができる。「患者自身の家に誰かがいる」（「幻の同居人」症候群）、患者自身の誤認（例：自分の鏡像を自分だと認識できない）、他者の誤認、テレビの映像の誤認（映像が現実の 3 次元空間で生じているとイメージする）などがある。代表的な妄想性誤認として、①カプグラ症候群：人物がよく似た偽者に置き換わっているという妄想様信念。人以外（例：家、ペット、物体）で認められることもある。②フレゴリ症候群：人が自分に影響を及ぼそうとして別の人間のふりをしているという妄想様信念。③相互変身：ある人物の身体的外観を、別の誰かの外観に一致すると知覚する状況。

支援のポイント：まずは、体験をよく聞き、不安が強い場合には安心感を与えるような支援をすることが大切である。レビー小体型認知症の場合、症状が現れたり、消えたりすることが多い。

4）抑うつ状態

抑うつ気分はアルツハイマー病患者の 40～50%にみられる[9]。軽度の認知症の場合には、患者を面接している間に抑うつ気分と抑うつ症状を明らかにできることがある。認知症が進むに従い、言語やコミュニケーションの問題が増してくることや、アパシー、体重減少、睡眠障害、焦燥が認知症の一部として生じることから、抑うつ状態の同定が難しくなる。

支援のポイント：安心感を与えることができるような関わりや、環境の整備が大切である。社会的な孤立や寂しさが背景にある場合も少なくない。症状が強い場合には抗うつ薬による薬物療法を行うこともある。

5）アパシー（無気力、自発性低下）

日常の活動や身の回りのことに興味をなくし、様々な社会的なかかわり、表情、声の抑揚、

情緒的反応、自発性を失った状態である。アパシーも抑うつ状態も意欲低下を生じるが、アパシーでは抑うつ状態でみられるような抑うつ気分や自律神経症状は伴わない。

支援のポイント：アパシーの要因として前頭葉機能の低下に関連した実行機能障害が認められることも多い。この場合は、計画を立てたり、段取りをつけたりなどの支援を行い、一緒に行動したり、気分転換を図れるような生活プランを調整することによって、予防や改善が得られる場合もある。

6）不安

自分の経済状態について、将来について、健康についての懸念が繰り返し述べられ、強い不安が表出されることがある。例えば、これまではストレスと感じなかったちょっとしたこと（例：家を離れる）について心配したりする。将来の出来事に対して繰り返し尋ねるような不安は Godot 症候群と呼ばれ、介護者の負担も大きくなる。

支援のポイント：本人の体験をよく聞き、安心感を与えることができるような支援を行うことが大切であるが、生活の中で気分転換が図れるように支援をしていくのが現実的かもしれない。症状が強い場合には、抗不安薬、抗うつ薬、感情調整薬などによる薬物療法を行う場合もある。

7）睡眠障害

睡眠と覚醒の発現・調節には概日リズム機構と恒常性維持機構が関与しているが、高齢者ではこの両システムに機能変化が生じやすい。睡眠障害はその症状特徴と病因から、①不眠症、②睡眠関連呼吸障害、③過眠症、④概日リズム睡眠障害、⑤睡眠時随伴症、⑥睡眠関連運動障害などに大分類されているが、多くの睡眠障害において、不眠症状（入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠困難）、過眠症状（日中の耐えがたい眠気）が共通して認められる。

支援のポイント：睡眠障害を防ぐために、日中の活動性を高めるように心がける、夕食後にはカフェイン飲料を避ける、などの生活習慣に対する指導が大切である。症状が著しい場合には睡眠薬などによる薬物療法を行う場合もある。

8）徘徊

以下のような行動が含まれる。①物事を調べてまわる、②人の後についていく、またはしつこくつきまとう、③ぶらぶら歩きまたは探し回ること（家の周りや庭を歩き回って、何か仕事＜例：洗濯、洗濯物干し、掃除、草取り＞をしようと無駄な試みをすること）、④目的なしに歩く、⑤夜間に歩く、⑥とんでもないところに向かって歩く、⑦活動過多、⑧さまよい歩き、家へ連れ帰る必要が生じる、⑨繰り返し家を出ようと試みる。

支援のポイント：徘徊は、その人なりに意味のある行動である場合もある。長年続けてきた仕事と深く関連していたり、そこにいることが不安で落ち着かなかったり、家に帰ろうしている行動であったり。その人にとってどのような意味を持つ行動であるかを検討し、それ

を考慮した上でこれに代わる活動が行えるような支援をしたり、安全に過ごせる環境整備を検討したりすることが支援の基本かと思われる。徘徊を防ぐことよりも、安全に徘徊できる環境づくりや地域づくりを考える視点も重要である。

9）焦燥

焦燥の概念はかなり広く、「部外者から見て、その人の要求や困惑から直接生じた結果とは考えられないような不適切な言語、音声、運動上の行動をとること」[10]と定義されている。以下の 4 つのサブタイプが設けられている [11]。①攻撃性のない行動（全般的な不穏／目的のない活動過多／身体の動きを繰り返す、徘徊、捜しまわる、わざとらしいことを繰り返す、部屋の中を行ったり来たりする、物を隠す、不適切な衣服の着脱）、②言語的攻撃性のない行動（ひっきりなしに注意を促す、威張った言葉使いをする、不平や泣き言を言う、非現実的と思われる恐怖を示す、文／質問／言葉を繰り返す、健康上の不平を繰り返す、不安を伴う不平や懸念を繰り返す、③攻撃性のある行動（打つ、押す、ひっかく、蹴る、咬む、つかむ）、④言語的攻撃性のある行動（大声で叫ぶ、ののしる、かんしゃくを起こす）。

支援のポイント：非常に広い概念であるが、焦燥の背景に不安がある場合は多い。どのような不安があるかを検討し、不安を解消していくことができるような支援を考えていくことが基本かと思われる。症状が著しい場合には、非定型抗精神病薬や感情調整薬などの薬物療法を行う場合もある。

10）破局反応

怒り反応とも呼ばれる。環境ストレッサーによる過剰な情緒反応を特徴とし、脳損傷のある患者にその能力を超える形で何かをするようなストレスを加えた場合に生じる。①突然の怒りの爆発、②言語的攻撃性（例：叫ぶ、ののしる）、③身体的攻撃性のおそれ、④身体的攻撃性（例：叩く、蹴る、咬む）などがある。

支援のポイント：その人の能力を超えるような過大なストレスにさらされないような環境を整備することが最も効果的な対応であり、予防である。

11）脱抑制

衝動的で不適切な行動であり、気を散らしやすく、情緒的に不安定で、洞察や判断力に乏しく、それまでの社会行動のレベルを維持できないことがある。泣き叫ぶ、多幸感、言語的攻撃性、他者及び物体に対する身体的攻撃性、自己破壊行動、性的脱抑制、精神運動焦燥、でしゃばる、じゃまをする、衝動性、徘徊などがある。

支援のポイント：脱抑制症状は、前頭葉の障害に起因する症状である場合が多い。前頭葉障害（脱抑制症状）があっても、そこで過ごせる環境を整備すること（居場所づくり）が、BPSD への対応や予防に関する支援として最も効果的かと思われる。

12）拒絶

「協力するのを拒むこと」と定義されている。ここには、頑固、非協力的な行動、介護に対する抵抗などが含まれている。

支援のポイント：拒絶の背景には不安があることが多い。例えば、言語理解の障害（会話をよく理解することができない）がある場合には、介護者の言葉が理解できず、その結果、介護者が行うことが侵害的な行為に思えて、それで抵抗する場合もある。拒絶の背景に不安がないか、不安がある場合には、それを解消するにはどうすればよいかを考えていく必要がある。

参考文献

1) Esquirol JED：Des Maladies Mentales, 1938
2) Alzheimer A：Uber einen eigenartigen schweren Erkrankungen der Hirnrinde. Neurologisches Centralblatt 23: 1129-1136, 1906
3) Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G、 Miller S, et al：Consensus statement. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. Int Psychogeriatr 8 (suppl 3): 497-500, 1996
4) The International Psychogeriatric Association: The IPA Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), International Psychogeriatric Association, 2010 （日本老年精神医学会監訳：認知症の行動と心理症状．第 2 版．東京、アルタ出版、2013
5) Seitz D, Purandare N, Conn D：Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review． Int Psychogeriatr 22: 1025-1039,2010.
6) Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, Davidson JE, et al：Prevalence, correlates and course of behavioral and psychological symptoms of dementia in the population． Br J Psychiatry 194: 212-219, 2009
7) Finkel S：Introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). Int J Geratr Psychiatry 15: S2-S4, 2000
8) Black W, Almeida OP：A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. Int Psychogeriatr 16: 295-315, 2004
9) International Psychogeriatric Assciation ：認知症の行動と心理症状 BPSD 第 2 版（日本老年精神医学会監訳）.アルタ出版,2013,東京,p41.
10) Cohen-Mansfiled, J: Theoretical frameworks for behavioral problems in dementia. Alzheimer's Care Quarterly. 1: 8-12, 2000.
11) Cohen-Mansfiled, J: Agitated behaviors in the elderly II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. J Am Geriatr Society, 34: 722-727, 1986.

６　せん妄と初期支援

（１）概念と疫学

せん妄とは、意識障害、注意障害、認知機能の全般的障害、精神運動興奮または減退、睡眠覚醒サイクルの障害によって特徴づけられる、急性発症・一過性の器質精神症候群と定義されている[1)]。脳の機能を広範に障害するような身体疾患や物質（乱用薬物、医薬品、毒物）がその原因となるが、その成因は「準備因子」、「促進因子」、「直接原因」に区別して考えるのが実際的である。例えば、高齢であることや慢性の脳疾患が存在することは「準備因子」となり、心理社会的ストレス、睡眠障害、感覚遮断または過剰な感覚刺激、身体が動けない状態は「誘発因子」となり、脳機能を直接障害する身体疾患、薬物、アルコールなどが「直接原因」となる。

米国精神医学会（APA）の治療ガイドライン[2)]によれば、せん妄の有病率は、入院患者の10%～30%、入院している高齢者の 10%～40%、入院している癌患者の 25%、術後患者の51%、臨死期にある末期患者の約 80%に及ぶと推計されている。また、身体疾患のある患者におけるせん妄は、合併症併発率の増大と死亡率の増大に関連することが明らかにされている。すなわち、せん妄は、肺炎や潰瘍性褥瘡の併発とそれによる入院の長期化に関連し、術後患者の術後合併症と術後回復期の長期化・入院の長期化・機能障害の長期化に関連する。また、入院中にせん妄を発症した高齢患者が、その入院期間中に死亡する率は 22%～76%、入院中にせん妄を発症した患者が退院後 6 か月以内に死亡する率は 25%、せん妄の診断後 3 か月以内の死亡率はうつ病などの気分障害の患者の 14 倍であるとされている。

（２）診断

診断の基本は、1）せん妄の必須症状と随伴症状を確認した上で、2）病歴、身体診察、臨床検査所見から、病因的な関連をもつ身体疾患、物質中毒または離脱、またはそれらの組み合わせを証明することにある。

1）必須症状

必須症状は認知領域の障害を伴う意識障害であり、短期間のうち（通常は数時間から数日）に発症し、一日の中で変動する傾向をもつ。意識障害は、覚醒レベルの変化、周囲の状況を認識する能力の低下、注意を集中し、維持し、転導する能力の障害として現われ、思路のまとまりが悪くなる。認知障害では記憶、見当識、言語の障害がみられ、近時記憶障害（最近の出来事が想起できない）、時間の失見当識（例：真夜中なのに朝だと思う）、場所の失見当識（例：病院なのに自宅だと思う）、構音障害、物品呼称の障害、書字障害がみられることが多い。錯覚、幻覚、妄想も認められるが、目立たないこともある。幻覚では幻視が最も一般的だが、幻聴、幻嗅、幻味、体感幻覚が認められることもある。

2）随伴症状

睡眠-覚醒サイクルの障害、精神運動障害、情動障害が認められることがある。睡眠-覚醒

サイクルの障害では、日中睡眠、夜間の焦燥性興奮、睡眠連続性の障害、睡眠-覚醒サイクルの完全な逆転、睡眠-覚醒の日内パターンの断片化が認められることがある。精神運動は増加する場合（活動増加型 = hyperactive delirium）と減少する場合（活動減少型 = hypoactive delirium）があり、前者では幻覚、妄想、焦燥性興奮、失見当識がより頻繁に認められる。不安、恐怖、抑うつ、易刺激性、怒り、多幸、無欲のような情動障害が認められることもあり、感情状態が突然一方から他方へ変化するような感情不安定性が認められることもある。脈拍、血圧、呼吸の変動、発汗などの自律神経症状を伴うこともある。

3）原因の同定

せん妄は、その原因によって、表 5-4、表 5-5 のように分類される。

（３）せん妄の初期支援

せん妄の初期支援では、1）せん妄とは何か、2）何が原因となるか、3）どのような症状が現れるか、を説明し、せん妄の治療と医学的管理を行うために、せん妄の管理に精通した医療機関につなぐことが重要である。本人・家族に説明すべきポイントを記載しておく。

1）せん妄とは何か

- せん妄とは意識が混濁し、注意が散漫になり、認知機能が障害された状態です。
- 急に発症し、1 日の中で症状は変化します。
- 通常は一過性、可逆的であり、認知症そのものの症状ではありません。

2）せん妄の原因

- 様々な身体疾患や薬物などが原因になります。
- 原因が複数ある場合もあれば、はっきりと決定できない場合もあります。
- 原因を明らかにし、その治療を行うことが最も重要です。

3）せん妄の徴候と症状

- せん妄の状態にある人は周囲の状況を認識する能力が低下しています。
- 活動や会話に集中することが困難になり、注意が散乱しやすくなります。
- 記憶障害・見当識障害：記憶や見当識が障害されやすく、真夜中なのに朝だと思ったり、家にいるのに病院にいると思ったりします。
- 言語障害：発語の不明瞭、物品呼称の困難、書字の困難、会話をしたり、文字を書いたり、会話や文字を理解したりすることが困難になります。
- 知覚障害：視覚、聴覚、触覚、味覚、嗅覚にも変化が起こり、誤解や錯覚も見られます。
- 睡眠障害：睡眠の断片化、睡眠・覚醒リズムの障害、昼夜逆転が起こります。
- 活動性の変化：興奮型、傾眠型があります。
- 情動障害：不安、恐怖、抑うつ、容易刺激性、怒り、多幸、無欲などの情動障害が見られます。

表 5-4　一般的なせん妄の原因疾患

分　　類	疾　　患
中枢神経疾患	頭部外傷、けいれん発作、発作後状態、脳血管障害（例：高血圧性脳症）、変性疾患
代謝疾患	腎不全（例：尿毒症）、肝不全、貧血、低酸素症、低血糖症、チアミン欠乏症、内分泌障害、体液または電解質不均衡、酸塩基不均衡
心・肺疾患	心筋梗塞、うっ血性心不全、不整脈、ショック、呼吸不全
全身疾患	物質中毒または離脱、感染症、腫瘍、重度外傷、感覚遮断、体温調節障害、術後状態

（American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1999. 日本精神神経学会監訳：米国精神医学会治療ガイドライン.せん妄.医学書院,2000.）

表 5-5　中毒または離脱によってせん妄を引き起こす物質

カテゴリー	物　　質
乱用薬	アルコール、アンフェタミン、カンナビス、コカイン、幻覚薬、吸入薬、オピオイド、フェンサイクリジン、鎮静薬、睡眠薬、その他
医薬品	麻酔薬、鎮痛薬、喘息治療薬、抗けいれん薬、抗ヒスタミン薬、降圧薬と心循環作動薬、抗生物質、抗パーキンソン薬、コルチコステロイド、胃腸薬、筋弛緩薬、免疫抑制薬、リチウム、および抗コリン作用をもつ向精神薬
毒物	コリンエステラーゼ阻害薬、有機リン系殺虫薬、一酸化炭素、二酸化炭素、燃料や有機溶剤のような揮発性物質

（American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1999. 日本精神神経学会監訳：米国精神医学会治療ガイドライン.せん妄.医学書院,2000.）

参考文献

1） Lipowski ZJ: Delirium: Acute Confusional State. Oxford University Press, New York, 1990

2） American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with delirium（日本精神神経学会監訳：米国精神医学会治療ガイドラインせん妄.医学書院、2004、東京）

７　身体症状や身体疾患に対する初期支援

（１）はじめに

認知症は、高齢者に多い疾患であると同時に経過の長い疾患である。そのため経過中に様々な身体疾患や外傷を合併（身体合併症）する。また身体合併症の発症は、短期的には行動・心理症状（BPSD）を発現させる要因となり、日常生活動作を低下させてしまうことがある。さらに長期的には生命予後に影響することになる。以下に示すような身体合併症は通常の高齢者においても普通にみられるが、認知症では、自己評価の障害や言語機能の障害から自ら症状を訴えることが困難なことがあり発見が遅れることがある。また入院が必要となることもしばしばだが、体調の悪化に環境変化によるダメージが加わり、せん妄状態となりやすく、しばしば急性期病院での対応が問題になる。また多職種チームが自宅を訪れる際に可能な限り身体疾患・身体機能障害の情報を収集することが求められる。

本稿では認知症に合併しやすい身体疾患への対応と注意について述べる。

（２）認知症の人にみられる病態

表 5-6 に認知症に合併しやすい身体症状を示した[1)]。

表5-6　認知症に合併しやすい身体症状

1. 運動症状
パーキンソニズム、不随意運動、痙攣、運動麻痺
2. 廃用症候群
筋萎縮、拘縮、心拍出量低下、低血圧、肺活量減少、尿失禁、便秘、誤嚥性肺炎、褥瘡
3. 老年症候群
転倒、骨折、脱水、浮腫、食欲不振、体重減少、肥満、嚥下困難、低栄養貧血、ADL低下、難聴、視力低下、関節痛、不整脈、睡眠時呼吸障害、排尿障害、便秘、褥瘡、運動麻痺
4. その他
嗅覚障害、慢性硬膜下血腫、悪性症候群

① 運動症状

パーキンソニズムはパーキンソン病にみられる動作緩徐、筋固縮、姿勢調節障害、歩行障害などが組み合わさって起こる症候群であり、認知症を伴う病態としてはレビー小体型認知症、進行性核上性麻痺、正常圧水頭症、多発脳梗塞などでみられる。薬剤性のパーキンソニズムにも注意が必要で向精神病薬や抗うつ薬で起きるほか、抗認知症薬であるコリンエステラーゼ阻害薬でも起こることが知られている。不随意運動で最も頻度が高いのが振戦であるが、動作時の振戦は本人の不自由はあるが、加齢でも出現し、病的意義は乏しい。安静時振戦はパーキンソン病に特異的であり、重要である。その他、ハンチントン病でみられ

る舞踏様運動（ヒョレア）やクロイツフェルドヤコブ病でみられるミオクローヌスが重要である。痙攣はてんかんが背景にあったり、腎不全や肝不全といった代謝性疾患でみられることがある。運動麻痺の原因として最も多いのは脳血管障害で脳梗塞、脳出血が多いが転倒が多い認知症患者では慢性硬膜下出血にも注意が必要である。

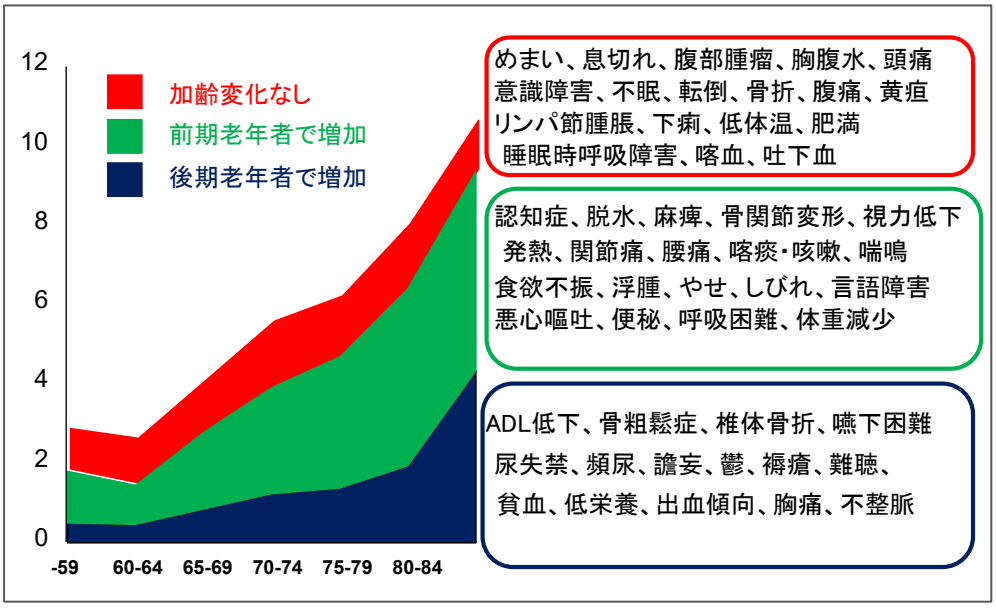
② 廃用症候群

本来ある生理機能を十分に使用しなかったために生理的機能が減弱し、その結果生じる一連の症候をいう。表 5-6 に示したもの以外にも、静脈血栓や肺梗塞、無気肺、尿路結石、心理的荒廃が起こる。廃用症候群を来たすと、それが活動性の低下を引き起こし、さらに廃用が進むという悪循環に陥りやすいので、注意が必要である。

③ 老年症候群

老年症候群とは虚弱な高齢者に特有の一連の症候で、しばしば日常生活活動の妨げになるものをいう。それぞれの症候は単一の原因ではなく多くの原因が複合していることが特徴である。鳥羽は老年症候群を加齢による影響を受けない群、65 歳以降の前期高齢者で増加する群、75 歳以上の高齢者で増加する群に分類している [2)]。認知症に伴って起きやすい老年症候群は 65 歳以上にみられる群、75 歳以上でみられる群に多い（表 5-7）。

表5-7 老年症候群の3つのタイプ



④ その他

嗅覚障害は感覚器である鼻そのものの疾患が少なくないため中枢性の嗅覚障害をとらえることは難しいが、レビー小体型認知症の初期症状の一つが嗅覚障害であることが知られている。

（３）認知症の人にみられる身体疾患

認知症の人に合併しやすく日常診療で問題になりやすい身体疾患について述べる。

① 内科疾患

脳血管障害は出血、梗塞にかかわらず、それ自体で認知症を起こしうるが、血管障害自体が直接認知機能障害を起こさなくても、せん妄を引き起こすことがある。認知症の人が経過中に突然 BPSD を来たした際には MRI を用いて新しい血管病変の有無を確認する。拡散強調画像では最近 1 か月以内の梗塞巣を高輝度で描出でき有用である。心疾患では洞不全症候群に注意が必要で、高齢者でアセチルコリンエステラーゼ阻害薬（AChEI）を内服しているときには常に徐脈の有無を確認する。同様に AChEI 内服時に注意すべきは逆流性食道炎と胃潰瘍で、経過中に食欲不振がみられた際には上部消化管の精査を検討する。逆流性食道炎は同時に誤嚥性肺炎の危険因子でもある。誤嚥性肺炎は終末期の認知症での大きな問題であり、経口からの栄養の可否にも直接関係してくる。Ganguli らの報告[3)]でも認知症の死因の大きなリスクとなっている（表 5-8）。

表 5-8

死の原因	AD合併 n=236	認知症なし n=546	補正なし	年齢・性で補正	全症例 n=845
認知症	29(12.3)	2(0.4)	<.001	<.001	32(3.9)
脳血管障害	22(9.3)	57(10.4)	.63	.40	87(10.5)
敗血症	12(5.1)	27(5.0)	.93	.72	41(5.0)
脱水	7(3.0)	0	.001	NA	9(1.1)
肺炎	29(12.3)	35(6.4)	.006	.04	66(8.0)
褥瘡	2(0.8)	0	.09	NA	3(0.4)
心停止	39(16.5)	87(15.9)	.84	.44	140(16.9)
他の脳疾患	13(5.5)	9(1.7)	.003	.01	
呼吸器系	53(22.5)	92(16.9)	.06	.16	
心血管系	112(47.5)	275(50.4)	.73	.36	
消化器系	11(4.7)	28(5.1)	.78	.99	
悪性腫瘍	29(12.3)	143(26.2)	<.001	.005	
老衰	5(2.1)	10(1.8)	.79	.81	
不明	24(10.2)	58(10.6)	.85	.49	

② 外科・脳神経外科疾患

腸閉塞は見落とされると致命的になりうるが、症状が潜行することがある。悪性腫瘍や腸間膜動脈閉塞症の合併もまれでないが、検査が困難なこともあり進行してから発見されることが多い。北川らは認知症の人の消化器外科手術では術前に何らかの合併症を有する率が高く、術後合併症では認知症悪化、術後せん妄、肺炎の合併が多く在院日数の延長が認め

られるが、手術・在院死亡率には差を認めないと報告した。十分な術前評価を行い手術適応と術式を決定すれば合併症による在院日数の延長はみられるが、死亡例は増加せず、認知症を有するのみでは手術阻害要因とはならないとしている[4)]。

転倒の頻度が正常高齢者の 3 倍多い認知症の人にとって慢性硬膜下血腫は常に起こりうる身体合併症である。何となくぼんやりしている、右手を使わなくなった、歩行がおかしくなったなどの訴えがみられる際には頭部 CT を行うべきである。

③ 整形外科疾患

徘徊する患者では大腿骨頸部骨折は 7 倍になるといわれている。山崎は認知症患者の整形外科疾患の特徴を以下のようにあげた。①骨折の発見が遅れる、②病院での受け入れが困難、③来院が遅いため合併症を伴う、④本人の訴えがはっきりしないため病態の把握が困難、⑤骨粗鬆症を伴う、⑥骨粗鬆症に起因した既存骨折に対する手術によりインプラントが残存しているため手術方法が困難、⑦受傷から時間が経過している例が多く手術が困難、⑧術後のせん妄が起こり管理が困難、⑨重度の認知症ではリハビリが困難、⑩術後 ADL の低下で退院先の受入れが困難。大腿骨頸部骨折に関しては可能な限り早期に手術を行うことにより上記の困難さのいくつかは軽減可能である。また同時に骨折予防の重要性を強調している[5)]。

④ 皮膚科疾患

皮膚科が関係する疾患としては褥瘡、蜂窩織炎、疥癬、帯状疱疹が問題になる。これらの疾患は疾病そのものの治療が重要であると同時に、これらが引き起こすかゆみや痛みがせん妄の原因となることに注意が必要である。

⑤ 耳鼻科疾患

耳垢栓塞が聴力低下の原因になっていることがある。乾性耳垢の多いアジア諸国では耳垢栓塞になりにくく耳垢に対する関心が薄いが、日本でも高齢者、知的障害者では耳垢栓塞の頻度が高い。長寿医療研究センター耳鼻科での調査では MMSE23 点以下の患者の 4 人に 1 人に耳垢栓塞がみられた。認知症患者で聴理解が悪化した際には耳垢栓塞の可能性を考慮すべきである[6)]。

⑥ 薬物の影響

多くの薬物が認知機能に影響を与えることが知られている。表 5-9 に主要な薬剤を示した。総合感冒薬や泌尿器病薬、消化器病薬といった一見中枢神経作動薬とは思えない薬剤に認知機能を低下させる薬剤があることに注意が必要である。

表 5-9

向精神薬	向精神薬以外の薬剤
抗精神病薬 （フェノチアジン系） 催眠剤・鎮静薬 （ベンゾジアゼピン系） 抗うつ薬 （三環系抗うつ薬）	抗パーキンソン病薬 抗てんかん薬 循環器病薬（降圧薬、抗不整脈薬、利尿薬、ジギタリス） 鎮痛薬（オピオイド、NSAIDs） 副腎皮質ステロイド 抗菌薬　抗ウイルス薬 抗腫瘍薬 泌尿器病薬（過活動膀胱治療薬） 消化器病薬（H2受容体拮抗薬、抗コリン薬） 抗喘息薬 抗アレルギー薬（抗ヒスタミン薬） 総合感冒薬（抗コリン作用の強い抗ヒスタミン薬が使用されている）

（４）初期集中支援チームにおける身体機能のチェックポイント

認知症初期集中支援チームは、平成 25 年度に認知症施策検討プロジェクトチームがまとめた「今後の認知症施策の方向性について」に基づき、認知症になっても在宅での生活の継続につながるサービス体制の整備を推進するため、認知症の人や家族に専門家チームがかかわり、アセスメントや初期集中ケアを受けることで自立生活をサポートする多職種協働チームである。このようなチームが創設されるに至った背景には、1）早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診しているケースが散見されている。一方、国際的には認知症の人への早期対応が重視されてきている。2）日常的なケアの場での継続的なアセスメントが不十分であるため、適切な認知症のケアが提供できていない。3）これまでのケアは、認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が生じてからの「事後的な対応」が主眼となっていたといえる。４）これに対し、今後目指すべきケアは、新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本をおくものである。この「早期支援機能」として期待されるのが、「認知症初期集中支援チーム」である。このチームは、地域での生活が可能な限り維持できるようにするための初期集中支援を、発病後できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられる。このチームの機能として、訪問対象の認知症のひとの身体状況のチェックである。

身体のチェックとしては表 5-10「身体の様子のチェックについて」の①から⑥までを観察する。詳細な観察は次のステップとなるのでこの時点ではまず全体的な把握に努めるようにする。すべてを初回にチェックする必要はなく、2 回目以降にチェックしたり、初回で気になった点は 2 回目以降で詳細に検討する。全身観察では①～⑥の項目について表 5-10 に示すような内容を聞く。

表5-10　－身体の様子のチェックについて－

①コミュニケーションのための基本的能力
○ 訪問者との意思疎通が可能か □ はい □いいえ □不明
○ 目が見えにくいか □ はい □いいえ □不明
○ 耳が聞こえづらいか □ はい □いいいえ □不明
②衛生状態
○ 身体は清潔か □ はい □いいえ □不明
○ 衣服は清潔か □ はい □いいえ □不明
○ 家屋、室内は清潔か □ はい □いいえ □不明
○ 歯・口腔内は清潔かまたは口臭はあるか □ はい □いいえ □不明
③栄養状態
○ 極度にやせているか肥満しているか □ はい □いいえ □不明
○ むくみがあるか □ はい □いいえ □不明
④摂食状態
○ 食事を拒否したり、食べないことがあるか □ はい □いいえ □不明
○食べ過ぎることがある □ はい □いいえ □不明
○食物を噛めるか □ はい □いいえ □不明
○食物をのみこめるか □ はい □いいえ □不明
○義歯はあるか □ はい □いいえ □不明
○歯・歯茎のはれや痛みはあるか □ はい □いいえ □不明
（上記4項目のいずれかがはいの場合は 食事摂取量、水分摂取量、食事回数、1回の食事に要する時間を確認）
⑤排泄状態
○ 尿失禁があるか □ はい □いいえ □不明 はいの場合は （回数、量）
○ 便失禁があるか □ はい □いいえ □不明 はいの場合は （回数、性状）
○ 便秘があるか □ はい □いいえ □不明
⑥睡眠状態
○ 睡眠は良好か □ はい □いいえ □不明
はいの場合もいいえの場合も起床時間や就寝時間、日昼の睡眠時間を確認する
○ 寝ていて大声をだしたり起き上がったりすることがあるか □ はい □いいえ □不明
⑦その他 その他身体の状況で気がついたことがあれば記録に記載してください。

① チェックリストによる確認

初期集中支援チームが訪問した際に、対象者の身体状況をチェックすることは重要である。それは、認知症そのものによって低下する身体機能がある一方、身体機能の悪化が認知機能に影響を与えることもあるからである。

身体状況をアセスメントする標準化されたツールはなく、表 5-10 はできるかぎり見落としなく、観察や問診をするためのチェックリストである。全体は 6 つの大項目からなり、その下に 20 の質問項目がある。

身体に関連した内容でも DASC や DBD13 で、すでにチェックした項目は除外してある。チェックリストであるので、まずはこのような状態があるかどうかを「はい」、「いいえ」で大まかにチェックする。項目以外で気になる点、気が付いた点があれば、⑦のその他に記載する。また初回に判定できない場合には不明として、その後の訪問で明らかにしていくことが大切である。

② バイタルサインのチェック

バイタルサインのチェックと身体測定（可能ならば）

血圧、脈拍、体温、呼吸数といった基本的なバイタルサインの測定と、身体測定（身長、体重）を行う。体重は栄養状態や摂食状態の評価に有用であるので可能な限り測定することが望まれる。

③　身体のチェック項目から考えること

1）コミュニケーションのための基本能力

一般的なコミュニケーション能力と視力、聴力に関する能力をチェックする。

意思疎通の困難さがあるときは、意識障害、覚醒状態の低下（寝ているか、精神障害（高度のうつや認知機能の低下等）、失語や構音障害といった言語機能の問題、視力や聴力といった感覚機能の問題が存在する可能性がある。

視力、聴力の低下は認知機能の低下に影響を与える。白内障や耳垢栓塞のような回復可能な病態もあるため、機能低下が存在しても安易に年齢によるものと考えないことが重要である。

2）衛生状態

認知機能が低下、ことに遂行障害がみられるようになると、服装がだらしなくなったり、入浴を拒むようになったり、適切な片付けができなくなったりする。その結果として、自分の身体や住居を清潔に保つことが困難になってくる。

3）栄養状態

大脳を障害される神経疾患では原因不明の痩せがみられることがある。

また後述 4）のような摂食障害が背景にあるほか、悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病のような代謝疾患が隠れていることがあり、注意が必要である。

一方、極度の肥満は運動能力を落とし、骨関節系の負担を来たす。肥満には前頭側頭型認知症にみられるような甘いものの過食が原因のこともある。

むくみは病的でない沈下性のむくみが多くみられるが、心不全や腎不全、肝不全や低栄養による低タンパク血症が存在することもある。

4）摂食状態

進行した認知症では拒食がみられることがあり、全身状態を悪化させるため深刻な状態となることがある。感染症による発熱や消化器疾患で食べられないこともある。また、歯の問題や口腔内の潰瘍などで食べられなくなっていることがあるため、義歯の有無や、歯、歯茎のはれや痛みをチェックする必要がある。

嚥下能力は、③の栄養状態とも関連してくる重要なチェック項目である。上記 4 項目のいずれかが「はい」の場合は、食事摂取量、水分摂取量、食事回数、1 回の食事に要する時間を確認するとよい。

5）排泄状態

尿失禁、ことに便失禁は中等度以上に進行した認知症では目立ってくる。

さらに、衛生状態に大きく影響する。不適切な利尿剤や下剤が原因になっていることもある。また、高度の便秘は、せん妄や食欲不振の原因となるためチェックが必要である。

6）睡眠状態

重要な情報であるが、問診と観察だけでは正確な睡眠状態の把握は困難なことが多い。

昼夜逆転がないかどうかをチェックできるとよい。また、睡眠中に大声を出したり、手足

を動かしたりするレム睡眠行動障害はレビー小体型認知症に先行してみられることがある。表 5-10 に示したチェック項目は情報の得やすさに難易度の差がある。家族がいて情報が得られる場合にはこれらの項目の情報は比較的得やすい。独居で観察のみから情報を得ることは難しく、トイレは一人でできるか、トイレやお風呂までの移動は一人でできるか、目が見えにくいかどうか、耳が聞こえづらいかどうか、訪問者との意思疎通が可能かどうか、身体や衣服は清潔か、家屋、室内は清潔か、極度にやせているか肥満しているか、むくみがあるかどうか、昼間寝てばかりいるかどうか、興奮や無気力がなく訪問を受け入れられるかは観察だけでも情報が得られる可能性がある。一方、入浴は一人でできるか、一人で買い物に行けるか、食べ過ぎるか（食事摂取量、水分摂取量、食事回数）、何時に寝て何時に起きるか、寝つきはよいか、特別な理由がないのに夜中に起きだすかなどは一般に情報獲得が困難であることが多い。

（５）おわりに

認知症の人が合併しやすい代表的な身体合併症について概説した。初期集中支援チームのような多職種チームが、自宅に訪問する際に、どのような身体症状に注意を向け、情報を得るべきかを示した。冒頭に述べたように、身体合併症の存在は、行動・心理症状（BPSD）を発現させる要因となり、日常生活動作を低下させる。自己評価の障害やコミュニケーション能力の障害をもつ認知症の人の身体合併症に気づき、どのように情報を集めるかは、認知症の人にかかわる医療者のみでなく、介護者にとっても重要な能力となる。今後、医療スタッフのみでなく介護スタッフの教育といった面からも検討が必要である[7)]。

参考文献

1) 認知症疾患治療ガイドライン 2010　認知症疾患治療ガイドライン作成合同委員会編. pp129　2010 医学書院　東京
2) 鳥羽研二．老年症候群．老年学テキスト．pp53-63, 2006，南江堂，東京
3) M. Ganguli, H. H. Dodge, C Shen et al: Alzheimer Disease and Mortality　A 15-Year Epidemiological Study　Arch Neurol.62:779-784,2005
4) 北川雄一、深田伸二、川端康次ら．認知症を有する高齢患者に対する全身麻酔下消化器外科手術．日臨外会誌．66(9): 2099-2102，2005
5) 山崎　謙　渥美　敬．整形外科疾患と認知症．老年精神医学雑誌．21(3): 329-334, 2010
6) 鷲見幸彦．認知症の身体合併症　―予防、医療、管理―．こころの科学 161：33－37, 2012
7) 鷲見幸彦．認知症の人のための地域包括ケア；2025 年に向けたプログラム 2）認知症の身体合併症医療はどうあるべきか．老年精神医学雑誌．23（suppl1）:101-107, 2012

８　認知症と鑑別が必要な精神疾患への対応

認知症と鑑別が必要な精神疾患には、せん妄，うつ病、妄想性障害などがある。以下に、鑑別診断のポイントと対応について解説する。

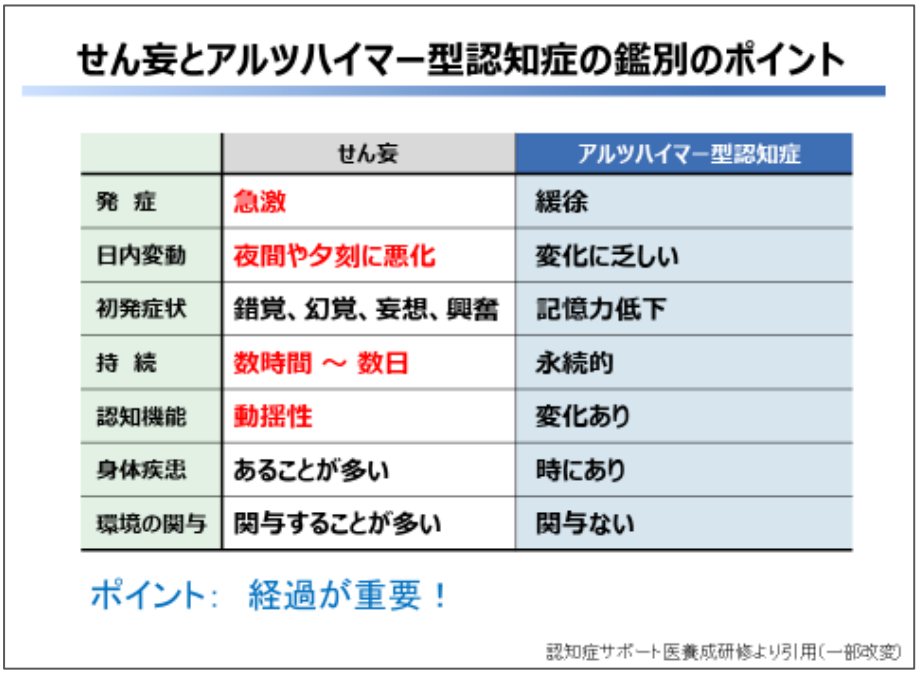
（１）せん妄

せん妄については、「６　せん妄と初期支援」で詳細に解説しているので、ここではせん妄と認知症（特にアルツハイマー型認知症）の違いについて簡単に解説する。

せん妄は、認知症とは異なり、①軽度の意識混濁によって、注意障害、認知機能の全般的障害、睡眠・覚醒サイクルの障害、さまざまな精神症状（錯覚、幻覚、妄想など）が現れた状態であり、②短期間の間（通常数時間から数日）に出現し、一日の中で症状が変動し、通常は一過性・可逆的である。③身体疾患（脱水症、感染症、心疾患など）や薬物が原因になることが多い。④精神運動が増加する場合（活動増加型）と減少する場合（活動減少型）がある。

せん妄とアルツハイマー型認知症の鑑別のポイントを表 5-11 に示す。せん妄は、発症が急激であること、日内変動があり夜間や夕刻に悪化することが多いこと、持続が数時間から数日と一過性（可逆性）であること、認知機能が動揺することが、認知症（特にアルツハイマー型認知症）と鑑別する際の重要なポイントである。

表 5-11　せん妄とアルツハイマー型認知症の鑑別のポイント



（２）うつ病

うつ病は、認知症とは異なり、①抑うつ気分、②興味・喜びの喪失、③食欲減退、④睡眠障害、⑤精神運動制止または焦燥、⑥易疲労性・気力低下、⑦罪責感・無価値観、⑧思考力・集中力低下、⑨自殺念慮・自殺企図などの症状が、過去２週間以上にわたって、ほとんど毎日、ほとんど一日中続いている状態である。上記の９つの症状のうち、①と②は必須症状と呼ばれる。必須症状を含む５つ以上の症状が認められる場合には大うつ病、２つ～４つの症状が認められる場合は小うつ病と呼ばれる。

この他にも、頭痛・頭重感、肩こりや体の節々の痛み、食欲不振や胃の痛み、下痢や便秘などの胃腸症状、発汗、息苦しさ、胸が抑えつけられるような感じなど、さまざまな身体症状を伴うことがある。また、症状の日内変動があり、午前中が特に具合が悪く、夕方から夜にかけて気分が回復することもある。

うつ病とアルツハイマー型認知症の鑑別のポイントを表 5-12 に示す。うつ病では、表出（表情や態度）も沈鬱であったり、不安そうであったり、無欲的であったりする。また、もの忘れを強く自覚し、思考内容は悲観的で、自責的なことが多い。このような本人の体験と表出に注目することが重要である。

うつ病のはじまりには、多くの場合、何らかのストレス体験の持続がある。高齢者の場合は、健康の喪失、仕事や役割の喪失、財産や収入の喪失、人間関係の喪失などの複合的な喪失体験がうつ病の契機になることがある。また、認知症に関連する脳の病的変化が抑うつ症状の基盤にある場合も少なくない。特に、レビー小体型認知症や血管性認知症では、初期から抑うつ症状が認められることが多い。高齢者のうつ病の要因はしばしば多元的であることに留意する必要がある。

うつ病に対する心理社会的支援の基本は、①十分に時間をとって、よく話を聞くこと（積極的傾聴）、②相手の立場に身をおいて、体験をよく理解すること（受容・共感）である。その上で、③現在認められる症状がうつ病の症状であること、④うつ病は基本的には「治る病気」であること、⑤休養の確保が重要であること、⑥抗うつ薬による治療が必要な場合があること、⑦うつ病からの回復に要する時間は通常は3～6ヶ月であること、⑧回復後には、再発予防のための継続治療が必要な場合があること、などをわかりやすく情報提供することも重要である。

表 5-12　うつ病とアルツハイマー病の鑑別のポイント



うつ病とアルツハイマー型認知症の鑑別のポイント

	うつ病 ※	アルツハイマー型認知症
発　症	週か月単位、何らかの契機	緩徐
表情・態度	沈鬱，不安，無欲的	通常は自然
もの忘れの訴え方	強く自覚する	自覚があっても生活の支障についての自覚が少ない
答え方	否定的答え（わからない）	つじつまをあわせる
思考内容	悲観的，自責的	ときに他罰的
失見当	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

ポイント：　体験と表出が重要！

認知症サポート医養成研修より引用(一部改変)

（３）妄想性障害

妄想性障害とは、①最も顕著な症状が妄想（非合理的で、訂正不能な思い込み）であること、②妄想が１カ月以上持続すること、③妄想に影響された行動以外は、それほど奇異な行動はなく、生活機能も障害されていないこと、④躁病やうつ病のエピソードが認められることはあっても、その持続は妄想の持続よりも短いこと、⑤妄想は薬物や脳疾患に起因するものではないこと、というすべての条件を満たす精神障害である。

妄想には、被害妄想、迫害妄想、物盗られ妄想、侵入妄想、被毒妄想、嫉妬妄想、不義妄想、恋愛妄想、注察妄想、血統妄想など様々なものがある。

中年期以降に発症する妄想性障害に「遅発パラフレニー」、「接触欠損パラノイド」と呼ばれているものがある。前者は、ときに幻聴を伴うこともある確信の強い体系妄想をもつのが特徴であり、女性に多く、人格はよく保たれており、未婚、一人暮らし、難聴、子供が少ないなどの社会からの孤立が関与していると考えられている。後者は、①60 歳以降の発病が多く、②女性が多く、③単身生活者が多く、④精力的な性格の人が多く、⑤疎通は良好であり、⑥「他人が住居に侵入する」、「物を盗まれる」、「いたずらされる」、「近隣住民から迫害される」といった妄想が多く、⑦孤独が解消される方向での状況変化の中で妄想が軽減することがある、という特徴をもっている。いずれも、社会の中での孤立が妄想成立の背景にあるものと考えられる。

一方、認知症の初期の認知機能低下が、妄想の成立を促進する場合もある。高齢者の妄想性障害の背景にはしばしば多元的要因があることに留意する必要がある。

妄想性障害をもつ人に対する心理社会的支援の基本は、本人と良好な対人関係を築くことである。そのためには、本人の話をよく聞き、妄想の背景にある本人の不安や社会的孤立状況をよく理解する必要がある。その上で、関係機関や地域の多様な活動と連携しながら、孤立を解消できるような社会支援を提供していくことが重要である。

（４）その他の精神障害

その他にも高齢者によく見られる精神障害には、睡眠障害、不安障害、身体表現性障害、アルコール関連障害などがある。いずれも、その背景には、老年期特有の心理的・社会的・生物学的な要因がある場合が多く、多元的・構造的な理解が不可欠である[1)]。

参考文献

1) 松下正明監修、粟田主一編著：「日常診療で出会う高齢者精神障害のみかた」、中外医学社、2011 年、東京。

９　認知症初期集中支援チームに必要な若年性認知症の知識

（１）はじめに

若年性認知症の人への支援は、企業と調整をとって仕事を継続したり、家族の就労環境を整えたり、養育中の子どもへの支援を検討したりと高齢者以上に支援の範囲や対象が広い。症状が軽度の段階から社会との関わりを自ら絶ったり、まわりの理解が足りないことなどから関係を絶たれたりして、本人や家族が社会から孤立することが多い。

認知症初期集中支援チームが関わることによって、早い段階で病気とともに生きる道筋が整理されれば、混乱を防ぐだけではなく、その後の当事者の人生にプラスの影響を与えられるものと思われる。

（２）若年性認知症の概要

65 歳未満で認知症を発症した場合を「若年性認知症」という。全国での数は、約 37,800 人である。認知症高齢者は、女性が多いのに比べ、若年性認知症者ではその比率が下がる。発症の平均年齢は 51.3 歳であり、約 3 割は 50 歳未満で発症している（表 5-13）。

表 5-13

年齢	人口 10 万人当たり有病率（人）			推定患者数（人）
	男性	女性	総数	
18-19	1.6	0.0	0.8	20
20-24	7.8	2.2	5.1	370
25-29	8.3	3.1	5.8	450
30-34	9.2	2.5	5.9	550
35-39	11.3	6.5	8.9	840
40-44	18.5	11.2	14.8	1,220
45-49	33.6	20.6	27.1	2,090
50-54	68.1	34.9	51.7	4,160
55-59	144.5	85.2	115.1	12,010
60-64	222.1	155.2	189.3	16,040
18-64	57.8	36.7	47.6	37,750

朝田隆：厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」報告書．2009 年 3 月

原因となる疾患は、血管性認知症が多く、アルツハイマー型認知症が多い認知症高齢者とは異なる。前頭側頭型認知症は若年に多く、就労中やスポーツ中の事故などによる頭部外傷や慢性アルコール依存症の人などに見られるアルコール性認知症、感染症や脳腫瘍など、高齢者以上に原因が多様であることが特徴である（図 5-4）。

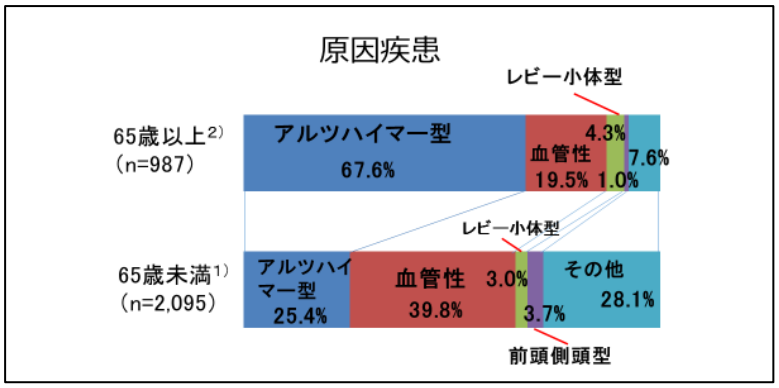


図 5-4

朝田隆：厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」報告書．2009 年 3 月 [1)]

朝田隆：厚生労働研究費補助金（認知症対策総合研究事業）「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成 23 年度～平成 24 年度総合研究報告書．2013 年 3 月 [2)]

（３）気づきや受診、相談の実態

現役で仕事や家事をしている世代に発症するため、認知機能が低下すれば、本人が気づいたりまわりの人が気づいたりしやすい。そのため家族や専門職からの相談が多い高齢者に比べ、本人からの相談の割合が高い。ただ実際には、仕事でミスが重なったり、家事が難しくなったりしても、本人もまわりの人もその年齢から認知症には思いが至らないこともある。疲れや更年期障害、あるいはうつ病など、他の病気と思い込むケースも多い。正確な診断に結びつかぬまま長い年月が経過し、認知機能の低下が目立つようになってから診断されることも少なくない（表 5-14）。

また体調の変化に本人やまわりの人が気づいても、「認知症だったら困る」との思いから医療機関の受診が遅れやすい。スマートフォンやパソコンで症状を検索し、「認知症」のキーワードに近づいて恐れ慄く人もある。家族や仕事など、社会的に背負っている責任の大きさから一人で悩むことも多い。たとえ医療機関を受診できたとしても初期症状が認知症特有のものでない場合もあり、正確に診断しにくい。異常に気づくが受診が遅れやすく、専門職への相談までに時間がかかることが多く、結果、支援が遅れ、大きな行動・心理症状（BPSD）を発生させてしまうケースも少なくない。

表 5-14

	気づきから受診日まで n=104	受診日から相談日まで n=552
半年未満	10件（9.6%）	101件（18.2%）
半年～1年	14件（13.5%）	44件（8.0%）
～1年半	22件（21.2%）	—
～2年	1件（1.0%）	73件（13.2%）
～3年	7件（6.7%）	65件（11.8%）
3年以上	50件（48.0%）	269件（48.8%）

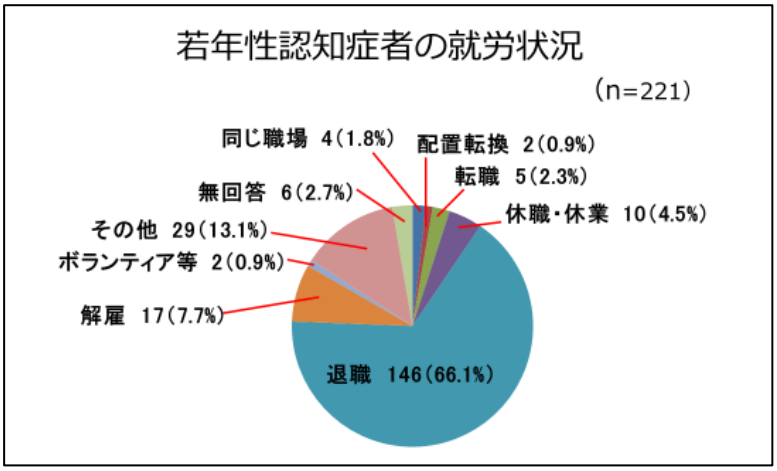
認知症介護研究・研修大府センター：「若年性認知症コールセンター2016 年報告書」．2017 年 3 月 [3)]

（４）高齢者の認知症との違い

若年性認知症の人の支援において重要なことは、認知症高齢者との違いを知ることである。それによって理解やケアが異なってくる[4]。

①経済的な問題が大きい（図 5-5）

発症すると就労中の職を制限されたり失ったりしやすい。休職や退職により、経済的に困窮する可能性がある。



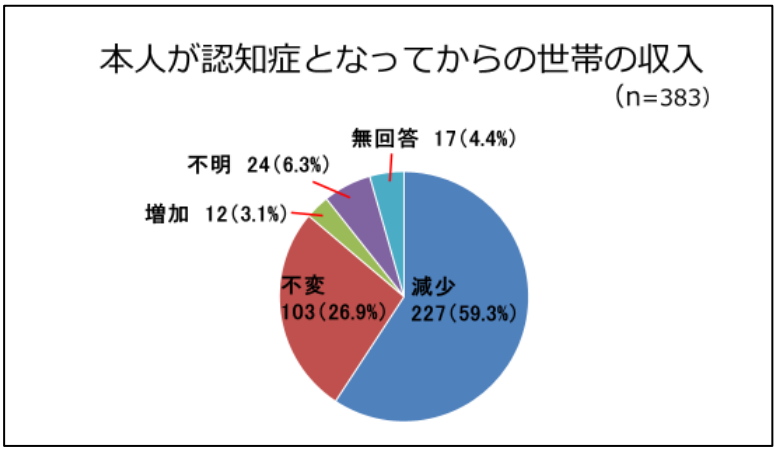


図 5-5

認知症介護研究・研修大府センター：老人保健健康増進等事業「若年認知症の社会的支援策に関する研究事業」報告書．2015 年 3 月[5]

②主介護者が配偶者に集中する

高齢者の場合には、配偶者とともに子ども世代も介護を担うことが多いが、若年性認知症者の世代では、子どもはまだ若く、未成年のこともあり、介護者は本人の配偶者に集中しがちである。

③複数介護になる

親の介護を担う世代に発症するため、複数介護の状態に陥りやすい。

④介護者が高齢の親である

特に未婚の場合には、年老いた親が主たる介護を担うこともある。

⑤子どもの成長に影響が出やすい

経済的な問題などから進学をあきらめて就職を選択したり、親の病気のために結婚を躊躇したりすることがある。親が必要とされる時期に認知症になったり、介護者になったりすることは、家庭内に大きな問題を引き起こす。

⑥家庭の問題が顕在化しやすい

養育や親の介護、夫婦関係の問題など家庭内で燻っていた小さな火種が大きく顕在化することが多い。生計を担う人が交代すれば、世帯の構成員の中で役割の交代が起こることもある。

⑦車の運転が中断される

生活の中で必要な通院や買い物などだけではなく、通勤手段や仕事そのものを失う場合もある。運転できないということが家に引きこもることにもつながりやすい。

（５）支援する上での留意点

①経済的支援を漏らさない

労働対価を得るために配置転換や障害者手帳を取得して障害者雇用の枠で就労を継続する場合もある。体調不良により中断しても、有給休暇の取得や傷病手当金の受給、介護者は介護休業制度の対象となる場合には、それらの制度を遅延なく最大限利用することを心がける。厚生年金保険加入者は、退職後の経済状況に大きく影響する障害厚生年金受給のために雇用契約中の医療機関受診（初診日確定）を勧めることは忘れてはならない。退職後も求職する場合には、失業給付を受けたり、条件の良い健康保険に切り替えたりする必要がある。

一方で支払いを少なくするため、通院時の自立支援医療制度利用や入院時などに有用な高額療養・介護サービス費の利用を勧める。障害者手帳での各種支払いや国民年金保険料の免除、税制上の優遇措置も受けられる場合があるので利用を勧める。住宅ローンや生命保険料の支払い等が免除になる場合もある。

知らないと、また申請しないと受けられない制度がほとんどであるため、不足なく案内して適切に利用が進められているかを確認していく必要がある。

②本人や家族の力を信じて活かす

高齢者の支援に慣れていると、申請の手続きやサービスの選択などを専門職が代わりに行おうとする傾向がある。若年性認知症の人や家族は年齢が若いため、制度を説明し窓口を案内すれば自分で手続きができる人が多い。

専門職への依存が高くなることで生活力を失うことがないよう、大きな失敗にならなければ、たとえ不適切だと思われる選択をしても、本人を含む当事者が選択することを重視する。選択と決定を繰り返し行うことで、不満や混乱から脱し、納得して前に進むことができる。自己解決能力が高まってきたら、一から十まで教えるのではなく、キーワードを伝え自

分で調べてもらうことなども時には良い支援となる。
③病気や障害を受容する時間を作る
先行きに関する不安な気持ちは、認知症の診断・告知でピークを迎えやすい。本人や家族の気持ちや取り巻く状況は、想像以上にめまぐるしく変化することが多い。専門職は、課題の整理や支援を急ぎたがる傾向にあるが、病気や障害の受容が出来てこないと支援は進まない。年相応でないことを受け容れるには時間がかかることを理解し、結果を急がず、上手くいかないことを自覚するまで待つような支援が望まれる。
病気の進行とともに出来ないことも増えてくる。まわりには何気ないことでも本人の自尊心を傷つけ、プライドを失墜させてしまうことがある。仕事や運転をやめる際なども、同僚や家族・友人で「引退式」や「免許返納式」などを行うなど、まわりの感謝を以って一つひとつ本人や家族が物事のけじめを迎えられるような支援を意識する。
④生きる目標を大切にする
自分の思い描いてきた人生設計と異なることに対し、否定的になったり、落胆したりする人が多い。先の長い人生を鑑みると、病気とともに生きるという新しい目的に沿った目標を見出すことが重要になってくる。目の前の課題を潰していくことに力を入れすぎると、次のステップに向けた建設的な目標を立てにくくなる。介護保険サービスや障害福祉サービスを利用する際にも、やれないことをサービスで補っていくようなプランではなく、出来ることを最大限活かすようなプランが望ましい。

（６）実際の支援の概要

「就労支援」や「福祉的就労支援」は、「対価を得る」、「社会貢献する」ということを目的とした就労継続や退職後の再就職、各種サービスを利用した生きがいづくりを意味する。「居場所づくり支援」は、家事や子育て、地域ボランティアや趣味の活動等、対価や貢献を主目的としない、本人が役割やつながりを実感できるようにするための支援を含んでいる。
支援が混乱しないためには、本人の状態にあわせて目的をはっきりさせることが重要である（図 5-6）。
・就労支援
「仕事を続けたい」と願う人は多い。就労を続ける条件として、１．本人に就労の意思がある、２．本人が病気を受容している、３．本人が自分の能力を理解している、４．本人がまわりの人に障害を伝えている、５．まわりの人が障害を受け入れている、ことが必要になる。一つでも欠けると本人やまわりが辛い思いをして、就労継続は困難となりやすい。
就労を継続したり、再就職を検討したりする場合には、障害者職業センターで能力の評価を受けたり、ハローワークの障害者求職関係サービスなどの協力を得たりすると支援がスムーズに進みやすい。

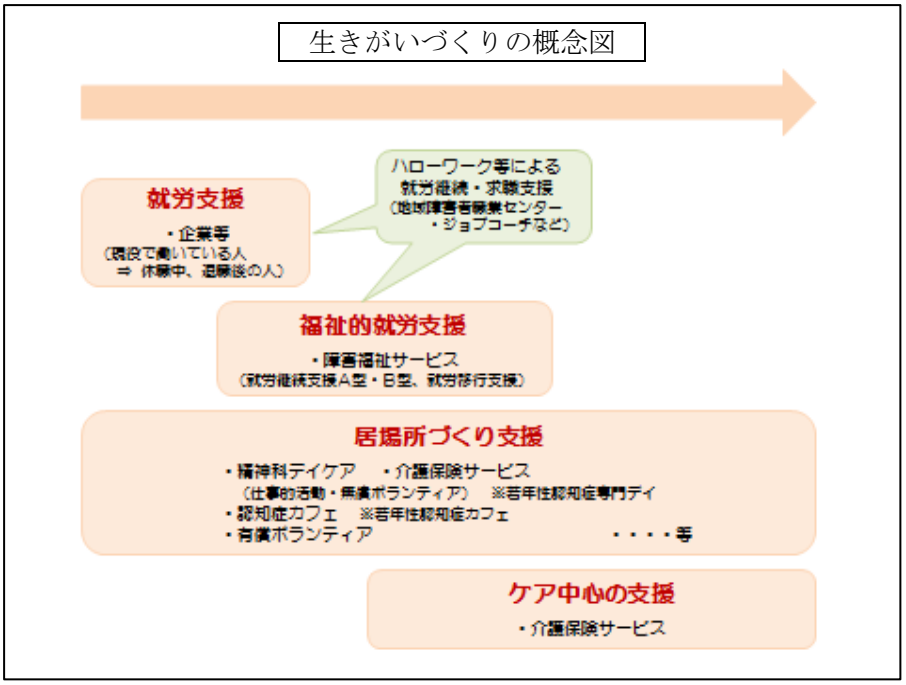


図 5-6

認知症介護研究・研修大府センター：老人保健健康増進等事業「若年性認知症支援コーディネーターのためのサポートブック」．2017 年 3 月 [6)]

・福祉的就労支援

一般企業等での就労が難しい場合でも働きたいという意思がある場合には、能力にあわせた仕事を続けることによって、リハビリや社会参加の目的を果たすことが望ましい。就労継続支援 B 型は、雇用契約を結ばないため傷病手当金を受給中でも利用することができる場合がある。

・居場所づくり支援

認知症は、本人や家族から仕事を奪うだけではなく、友人との交遊や地域の人々との交流も奪いやすい。専門職が間に立って、途切れた社会交流を紡ぐような視点が必要である。同じ立場の人が集える「当事者の交流会」や差別や偏見の目に晒されにくい「認知症カフェ」などへの参加は、病人ではなく人らしい生活を続けるために有意義である。病気の初期から重度に進行した段階まで、社会とかかわりを持ち続けることが生きる意味を見出したり、生きがいを保ったりすることに重要な役割を果たす。

・ケア中心の支援

病気が進行すると介護保険サービスなどの活用が支援の中心になるが、その場合にも療養生活を主目的にすると利用が憚られることが多い。まわりに認められる「居場所づくり」を意識してケアを組み立てる必要がある。

（7）主たる相談機関

・医療機関（認知症疾患医療センター含む）のソーシャルワーカー

主治医と連携をとり、必要な医療を提供する体制を整える。障害者手帳の取得支援や障害年金等の受給のための道筋も指南している。

・若年性認知症コールセンター

平成 21 年 10 月より認知症介護研究・研修大府センターに設置された若年性認知症専門の相談機関。専門教育を受けた相談員が応対している。

電話番号 0800-100-2707（フリーコール）

・若年性認知症支援コーディネーター

全国の都道府県ごとに設置された若年性認知症支援に特化したコーディネーター。適切な制度・サービスを紹介するだけではなく、職場や介護・障害事業所などへ認知症の人の理解を進める活動を行ったり、自立支援に関わる地域のネットワークの構築や調整を行ったりしている。

・地域包括支援センター

市町村に配置され、日常の暮らしの支援から権利擁護支援まで、幅広く総合的にサポートする。介護保険サービスの利用にあたり、要介護状態区分の認定支援や介護サービス計画作成のための居宅介護支援事業所等の紹介等を行っている。

・障害者基幹相談センター

市町村に配置され、障害者等の地域における生活を支援するため、福祉サービスの利用や各種制度に関することなど様々な相談に対応する。障害福祉サービスの利用にあたり、障害支援区分の認定支援やサービス等利用計画作成のための特定相談支援事業所等の紹介を行っている。

特に専門教育を受けた若年性認知症支援コーディネーターは、本人や家族の状態を察しながら支援を進めるだけではなく、病気の進行にあわせた幅広い支援を漏れなくコーディネートできる社会資源である。認知症初期集中支援チームと協働することで、本人や家族が病気と向き合い病気とともに生きるような生活を提案できるものと思われる。

参考文献

1) 朝田隆：厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」報告書．2009 年 3 月
2) 朝田隆：厚生労働研究費補助金（認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成 23 年度～平成 24 年度総合研究報告書．2013 年 3 月
3) 認知症介護研究・研修大府センター:「若年性認知症コールセンター2016 年報告書」．2017 年 3 月
4) 認知症介護研究・研修大府センター：老人保健健康増進等事業「若年性認知症支援ガイドブック」．2016 年 3 月
5) 認知症介護研究・研修大府センター：老人保健健康増進等事業「若年認知症の社会的支援策に関する研究事業」報告書．2015 年 3 月
6) 認知症介護研究・研修大府センター：老人保健健康増進等事業「若年性認知症支援コーディネーターのためのサポートブック」．2017 年 3 月

Ⅵ章　認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築

１　市区町村によるビジョン設定

（１）ビジョン設定の前提

日本における地域包括ケアシステムは、当然のことながら、当該地域の社会資源の実情に合わせて構築すべきである。ケアの統合への取り組みは、国際的にも様々な規模と形態がある。したがって、自治体においては、その特徴を鑑み、自らの地域に合致したモデルを適切に選択することが求められる。

例えば、ICP（イギリスの保健省によって実施された統合ケアの事業）では、それぞれの地域の状況に合わせて、統合された様々な活動を自由に開発し、導入する[1)]。という方法が採られた。ただし、共通の目標は必要という条件が記されている。つまり、この目標設定、すなわち integration における規範的統合が重要であることをイギリスの ICP における目標設定の必須化は示している。

さらに、この目標設定に際しては、①ケアを利用者に対して、より身近なところに提供すること、②利用者の視点から見たケアの継続性を保つこと、③ニーズが最も大きい利用者を特定し、支えること、④予防ケアの提供を促すこと、⑤病院で提供する必要がないのに病院で提供されているケアの量を減らすことという 5 点が示されている。こうした目標設定のルールは、今回の認知症の初期集中支援チームの目標設定の前提として、自治体で定めておくべき事業のベースとなるビジョン設定として参考になる。

行政においては、いかなる事業を遂行するにあたっても、この目標を達成するためのマネジメントが求められる。マネジメントにはさまざまな手法があるが、ここでは日本の都市自治体において導入が進められている戦略計画に基づく戦略マネジメントについて説明する。

戦略マネジメントでは、地域や自治体のビジョン（方向性・将来像）やミッションを提示し、これに沿ったかたちで政策目標のプライオリティづけ・目標水準の設定が行われることである。ここでいうビジョンとは、自らの組織や部門の「目指す将来像」である。例えば、“日本で一番高齢者にやさしい自治体になること”といった内容が示されることになる。

一方、ミッション（使命）とは、自分たちの組織や部門の「果すべき責務」であることから、例えば、“日本で一番高齢者に充実したサービス提供すること”という内容等が考えられる。こういった戦略マネジメントで必要なことは、ビジョンの策定と組織戦略の立案であり、ここでいうミッションの策定とは、事業戦略の策定と同義である。

なぜ、こうしたビジョンやミッションが重要であるかについてであるが、一般に行政組織は前例の踏襲的な活動を選択する傾向が強いとされるからである。このため、新しいアプローチで統合型のケア提供を行う地域包括ケアシステムを進めるためには、戦略マネジメントの視点を自治体職員が意識することが、より重要となるとされる。

また、ここでいう戦略マネジメントは、従来型のマネジメントと比較すると、その核にある戦略計画が異なる。第一に、計画の策定方法に特徴がある。総合計画が、だいたいボトム

アップ型で策定されるのに対し、戦略計画はトップダウン、あるいはミドル・アップ・ダウン型で策定される。

第二として、ビジョン・政策目標が具体性に富んでいる。総合計画では，ビジョンや政策目標が具体性を欠き、包括的・抽象的文言にとどまるのに対し、戦略計画はビジョンの明示と政策目標の具体化と数値目標が設定される。また、総合計画では、各部課での自律的な執行計画の策定・実施が尊重されるが、戦略計画では、政府・行政、地域などのビジョンを戦略計画手法の活用によって描き出す。

さらに、このような戦略マネジメントには、おおむね、次の三つのステップの条件があるとされている[2)]。

（1） ビジョンが明確であり，政策目標のプライオリティづけがなされているか。

（2） 個々の施策目標が具体的で数値目標化されているか。

（3） ビジョンや政策目標が組織全体に浸透し，共有されているか。

こうした戦略マネジメントによって、ビジョンを設定する際には、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画や基本計画などの各種行政計画で設定した目標と今回の目標との整合性を図ることも重要となる。

なぜなら、日頃の活動や地域ケア会議のなかで区域ごとのニーズや課題を把握している地域包括支援センターとの協議やヒアリング等を通して、必要な政策や事業の立案につなげ、各種行政計画等に今回の事業の内容を盛り込めるかどうかの吟味も当然ながら、求められることになるからである。

また、今回、提示する認知症の初期集中支援チームの編成と、このチームの方向性を示す自治体のあり方を示すビジョンの設定には、関係機関等との連携や市町村からの必要な情報提供、ニーズに対応するための施策立案、適切な行政権限行使など、市町村として示してきた従来計画との整合性をとることが必須となる。このため、上記のような各種計画との連動を行う必要性がある。

さて、日本を含む、多くの先進諸国では、高齢者のための社会資源やサービスは、ケア提供主体が違うことや所属機関の属性（営利・非営利、医療・介護・福祉）が異なっているため、十分な連携がとりにくい状況となっている。結果として、医療・介護・その他の福祉といった各種領域ごとに、垂直的な方向性（急性期からリハビリテーション、生活維持期という方向性）における組織化のみがすすめられることが多くなってしまう[3)]。

この結果として、現在のように認知症高齢患者に対応する社会資源やサービスを提供する組織が断片化されてしまうと、社会資源やサービスも縦割り構造となってしまう。このため、認知症ケアは、保健・医療・介護・福祉といった各領域や自治体と民間企業、そして家庭環境と施設環境の間には断層がある[4),5)]と説明されてきた。これらの断層によって、認知症高齢者に提供されるサービスが縦割り構造となり、十分な連携が困難である状況では、医療と介護サービスの間（急性期から生活維持期のケア）、地域サービスと医療機関サービスの間、専門職によるフォーマルサービスと家族介護者をはじめとするインフォーマルサー

ビスというようなサービスの分断が引き起こされることが多いとされ[6]、介護を必要とする高齢者のためのケアサービスの統合のためのコーディネーションが難しいとされている。

（２）ビジョン設定までのプロセスについて（図 6-1）

戦略マネジメントを実践する上での第一のステップは、現状の経営情報をまとめることである。ビジョンの前提となる背景として、ビジョンを設定する組織や地域資源の至る所に分断化が生じていることをまず認識すべきである。すでに自治体が構築すべき「地域包括ケアシステム」を担う地域資源は、地域ごとに大きく異なっており、これら地域の状況ごとに「地域包括ケアシステム」の在り方や、ケア提供主体が異なる。当然ながら、このシステム構築の方法論も異なることが予想される。一方で、自治体には、整備すべき地域包括ケアシステムの礎となる介護保険事業における保険者機能を果たすという責務がある。

さて、平成 30 年度は、診療報酬、介護報酬の同時改定がされる。ここで示された国としての強いメッセージは、平成 24 年度と同様に、その基本的な考え方として、①地域包括ケアシステムの推進、②自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現、③多様な人材の確保と生産性の向上、④介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保―の 4 点であり、地域包括ケアシステムの推進という方向性は、前回、改定と同様である。

また、増加する認知症高齢者への支援を充実についても地域圏域内のかかりつけ医のネットワークの整備や、圏域内の医療及び介護サービス基盤の整備、自治体独自の生活支援サービスや保険外の医療介護ニーズを満たすサービスの明確化とその整備、医療と介護の連携体制の整備（急性期から慢性期にかけての一貫的なケア提供のための退院支援、多職種協働を実現するケア会議の実施）等、多様な方策を一層進めることが示されている。

（３）ビジョンにそったミッション設定

統合的なケア提供システム、すなわち地域包括ケアシステムを構築するためには、当該地域包括圏域において、圏域内の社会資源やケア提供主体をどこまで統合するかの決断が求められる。この統合に際しては、まず自治体における強みと弱みを分析することによって、ミッションを設定し、それらを実現するための新しい事業を考案するという手順が考えられる。

地域包括ケアシステム構築に向けたミッションを実現する事業・業務を考える際に必要な視点としては、①整備すべきケア提供システムのテーマの検討、②ケア提供システムに必要なサービス内容を検討、③ケア提供システムをどのように整備するか、④サービス提供をどのように行うか（マネジメントをどのようにするか）といったことがあげられる。

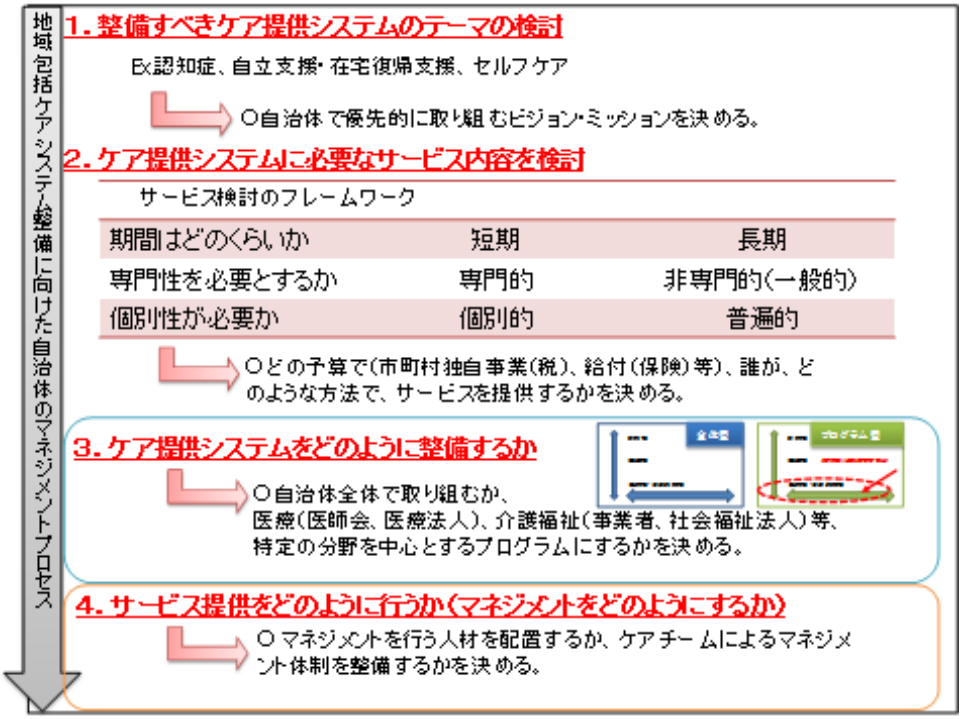


図 6-1　地域包括ケアシステム整備に向けた自治体のマネジメントプロセス

筒井孝子．地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略-integrated care の理論とその応用-中央法規 P248, 2014

これらの視点をもとに、地域包括ケアシステムを構築にむけたミッションを達成する新しい事業・業務を考案することが重要である。

また、経営的な視点からケアの統合、つまり integrated care の成功要因を 40 以上の行政機関の関係者との面接の分析からまとめたマッキンゼーカンパニーのレポート [7]によると、単一的な資源供給者や統制者の有無に関わらず、実質どのようなタイプの医療制度でもケアの統合つまり地域包括ケアシステムは実現できるとの指摘がされている。ただし、その実施は困難であり、簡単ではないとも述べられている。

上記であげた、ケア提供システムのテーマの設定と類似する要素として、対象となる患者の特定、そして、システムの維持には、理念、リーダーシップ、情報共有の機能が必要となるとされている。

そして、これまでに述べていない要素としては、経営的な観点から業績の管理が必須であることが示されている。市区町村による事業を推進するにあたっても、こういった業績評価は必須と考えられる。

2　認知症初期集中支援チーム検討委員会の役割と運営方法

認知症初期集中支援チーム検討委員会は、認知症初期集中支援チームとは異なる組織である。その役割や運営方法について説明する。

（１）検討委員会の設置主体と構成例

検討委員会の設置主体は、本事業（認知症初期集中支援チーム等設置促進事業）の実施主体となる。（検討委員会は、既存の委員会等を活用することで可能となる。）

検討委員会の構成は、医療・保健・福祉に携わる関係者等で構成する。また検討委員会の構成員については、次の①～③を標準とし、認知症初期集中支援チームの公正・中立性を確保する観点から、地域の実情に応じて市町村長（特別区の区長を含む）が選定する。

なお、検討委員会には、医療・保健・福祉に携わる関係団体のみならず、地域住民も参画することが望ましいと考えられている。

① 医療・保健・福祉に携わる職能団体（医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、機能訓練指導員等）
② 医療・保健・福祉以外の地域の社会的資源や地域における相談事業等を担う関係者
③ 前各号に掲げる者のほか、認知症ケアに関する学識経験者

また、検討委員会には、会長を置くこととし、会長は構成員の互選により選任する。

（２）委員会の設置および開催頻度

検討委員会にどのような構成員を何名置くか、開催の頻度（回数）をどうするか、分科会を設置するか、介護保険運営協議会等を兼ねるか等の詳細については、事業を実施する市町村の裁量に委ねられている。したがって、市町村では、どうすれば後述する委員会に期待される役割を果たしうるかを検討し、運営体制等を定めていく必要がある。

開催頻度は、定例的に開催する場合と、検討課題が発生した場合に開催する場合が考えられる。最低でも、事業開始時、中間報告、事業評価実施後の報告等で年に 3 回は、支援チームの活動状況について報告を受け、実施状況を監督する責任がある。

（３）委員会の内容

検討委員会の役割は、支援チームの設置や活動状況について検討し、当該活動を行う日常圏域を含む地域の関係機関や関係団体と、一体的に当該事業を推進していくための合意が得られる場となるように努めることにある。

検討委員会では、初期集中支援チームが行う業務の評価を行って意見を述べ、適切、公正かつ中立な運営の確保を目指す役割が求められている。

検討委員会と初期集中支援チームは、公正・中立の面に関しては両者の置かれた立場は異なるが、その一方、適切な運営という面では、両者は地域包括ケアシステムの構築、とりわけ当該自治体における認知症ケア体制の推進に向けて協力し、協働する関係にあるといえよう。したがって、適切な運営面に関する「評価」では、支援的かつ協働的であることが望まれる。

つまり、初期集中支援チームがどのような目標をもって業務に取り組み、どのような成果を得たか、あるいはどのような課題が残されたかを、互いに協力して明らかにしていくことが重要となる。

そして評価結果を次年度の事業に反映したり、よい取組みを他の地域包括支援センターにも拡大したり、地域包括支援センターに対する必要な支援を提言および実施したりすることが期待される。

地域包括支援センター業務を委託している場合には、よりよい委託先の選定や委託先のマネジメントや支援につながるよう提言していくことになるだろう。

市町村が地域包括支援センターに提示した業務の実施方針に基づいて、事業が適切に実施されているかどうかについても、必要な基準を作成したうえで評価し、不十分な点などがあれば、その改善の方策を探ることが必要となる。

地域包括ケアシステムの構築に向けては、PDCA サイクルのプロセスが重要であり、検討委員会や運営協議会を構成する事業者・団体や住民等には、計画（Plan）・実施（Do）・評価（Check）・処置（Act）の各項目について役割を果たし、地域包括ケアシステム構築の推進力の一つとなることが期待される。特に、地域の関係者間のネットワーク構築を行うなど、初期集中支援チームの運営や活動を支援していくことは重要となる。

一方、初期集中支援に係るチーム員は、事業が自治体やビジョンに基づいて行われるものであることを十分に認識しておくと共に検討委員会の役割を理解しておく必要がある。

３　認知症初期集中支援チームに係る地域包括ケアシステム関係機関の役割と調整

（１）地域包括ケアシステムの構築を進めるための戦略

地域包括ケアシステムが推進されるための条件として、適度な規模、すなわち適正な圏域設定がなされなければならない。つまり、大きすぎても、小さすぎても良くない。これは、良い地域包括ケアシステムは、様々なレベルで患者あるいは、利用者らとの関わりと参加を促すプロセスを備えていなければならないからである。

彼らのニーズや好みをより良く理解するため、また、彼らのニーズを達成する際に適度な規模でのサービス提供体制を編成できることが、今後の地域を基盤とした統合的なケア提供の効果をより大きくすることになる。諸外国では、すでに適切な規模、圏域設定をどの程度で実施すると効果があるかを検証した研究が散見される[8) 9)]。

例えば、認知症の早期診断をするためのシステムを最も有効に機能させるためには、どのくらいの人口規模が適切であるかを考える際に、むしろ、このシステムに必要とされる医師の人数や診療所の数から考えるという戦略も必要であろう。もちろん、その際には、医師への臨床におけるチームケアを推進するための研修や、リーダーシップ訓練やプロジェクト管理についての支援が提供される仕組みがなければならない。

また、地域包括ケアシステム構築のための条件として、良く機能している情報システムがあげられるが[10)-12)]この情報システムのインフラを効率的にする方法論は、今後、とくに重

要となる。

これは一つの方法論であるが、例えば、日本で最も地域包括ケアシステムの構築が進められている自治体の地域包括支援センターでは、職員が当該自治体の圏域別の住民の医療、介護及び健康データベースにアクセスすることが可能である[13)]。

このようなシステムが効果的に利用されるためには、センターの職員が新しいデータシステムと財政的・作業的・臨床的・管理的データの統合を行い、これを活用するための適切な訓練がされるガバナンスがなされていることが前提となる。地域圏域において、サービスに関する臨床と健康の包括的な範囲の中で、患者へ継ぎ目のないケアを提供するためのサービスの統合が成立するためには、解決すべき課題は少なくない。

このような地域包括ケアシステムが全国でさらに推進されていくためには、共同でケアの計画を立てるための多分野・多職種横断的な連携、アセスメントの情報の共有、学際的なケアマネジメントを行うための情報技術と意思決定プロセス、さらには、様々な組織や職種の従事者が共通の目標を持つことを促すことへの財政的な支援や、その他の奨励策を積極的に行うことは重要である。

（２）地域包括ケアシステム整備における市区町村の役割と各機関間の調整の実際

市町村内に複数の地域包括支援センターを設置している場合は、地域包括支援センター間の連絡調整、統合支援、関係機関とのネットワーク構築等、地域包括支援センターの活動の下支えとなり全体をとりまとめるような役割が必要になる。

地域ケア会議等の機会を活用して、地域包括支援センターが相互に課題を共有し、個別問題の解決能力や資源開発能力を高められるよう、保険者の責任のもとでこのような役割を果たせる体制を確保することも大切な視点といえる。これはブランチ方式のセンター等を設置している市町村においても同様である。

市町村の中でもエリアの広さや社会経済状況などの影響を受けて、いくつかの地域特性が異なった区域が形成されることは多い。したがって、市町村という、ひとくくりではなく、市区町村内の地域圏域別の特性を考慮した課題を明確に把握することにより、当該地域包括支援センターの役割を、さらに明確にすることが可能となる。また、課題が明確になれば、それに対する施策を計画的に展開していく視点が求められることになる。その手段としては、介護保険法第62 条に規定する特別給付、同法第115 条の48 に規定する保健福祉事業を効果的に活用し、地域の実態に応じた保険者の裁量による独自のいわゆる横出しサービスを創出するなどの創意工夫も一つの役割となる。

すでに24年度から、介護予防・日常生活支援総合事業においては、初期集中支援を側面から支える横出しのサービスや、インフォーマルサービスの開発が示されており、市町村の役割の強化が求められてきた。認知症初期集中支援を遂行していく過程においては、高齢者福祉、健康増進、権利擁護関連など、さまざまな行政分野との関わりが発生する。行政に携わる職員の基本的な姿勢としては、住民への支援・救済が行政の究極の目的である

ことを絶えず認識し、必要に応じて関係するセクションの職員が支援チームの一員に迅速に参加し、初期集中支援チームを孤立させないような環境整備への配慮がなされなければならない。

さらに、この初期集中支援チームにおける部分最適のみを目標とせず、各種医療機関等の医療保険担当セクションと要介護認定・保険給付管理・地域支援事業といった保険者の基幹業務を担う介護保険所管セクションとの連携を実現する全体最適の視野が重要となる。この理由は、認知症患者への支援が必要な被保険者等への対応を円滑に行うには、その実践を通して必要な事務の見直しや政策の見直しが求められる場合も少なくないからである。こういった個別の対応を実現するためには、保険者、医療機関、介護保険機関、そして地域包括支援センターすべての理解が不可欠である。

例えば、要支援判定を受けている認知症高齢者の初期集中支援を例にあげれば、介護保険担当所管は要支援認定結果の情報を地域包括支援センターに提供し、地域包括支援センターは、予防給付における要支援認定者の改善や悪化の状況等を、介護保険担当所管に情報提供する。こういった相互の関係だけでなく、円滑なサービスの提供のために、事業所への丁寧な説明に協力することが求められている。

こうした体制を構築するためには、市町村主導による市町村の管内における事業者間の連絡調整体制を事前につくっておくことが必要である。

（３）地域包括ケアシステム整備における評価の考え方とその指標の例

これまで述べてきたように、地域包括ケアシステムの構築は、超高齢化社会となる日本にとってまさに喫緊の解決しなければならない政策課題となっている。ただし、統合されたケアの提供によって、どのようにケアが改善したかといったことを評価・測定する方法においては、国内外ともに十分とはいえない状況である。

これまでの評価に際しては、統合の実践にかかわる関係者の数や統合ケアの実践に係る様々なプログラムあるいは、システムの構成、その目標などが評価項目として、多く用いられてきた。しかし、統合が実現されたことを示す指標もそれほど多くはない。

例えば、システムレベルの統合を評価する指標としては、ヘルスケアの文脈においては、バランススコアカード（BSC）の適用例がある。BSCは、KaplanとNortonによって開発され[14),15)]、財政的なパフォーマンスを基本に組織のパフォーマンスの不適切性を計測するために開発がなされたものである。BSCは、組織の適合性について、「ビジョン、戦略、技術、文化」の固有の構成要素ごとに計測するために、それぞれを鍵となる指標を特定化するという方法をとる。

また、この BSC は、「戦略の成功に極めて重要な利害関係者のうち、誰のために何の視点で捉えるのかといった点から、①株主の利益に対して財務の視点、文字通り、②顧客の利益に対して顧客の視点と③業務プロセスの視点、④職員に対して人材と変革の視点をもって、各視点に応じて戦略目標を立てる」手法と定義されている。

前述した①から④を行政機関の視点とするならば、①と②は住民又は地域社会の利益の視点と利用者の視点、③と④は行政であろうが、営利団体であろうが同じである。したがって、基本的には、市町村行政における目標は、「地域社会全体の発展向上による住民の福祉の実現」であり、「住民価値の創造とその成果の最大化」となる。これを達成する方策のひとつとして、認知症早期発見、初期集中支援チームが編成されると考えられる。

したがって、市町村においては、限られた地域の社会資源を用いて、成果の最大化を図ることが必要であり、このためには、目標には細かく、優先順位を付けることが、プロジェクトのはじめに設定されなければならない。また、限られた社会資源によって住民の価値の最大化を図るために、これら投入する資源には「集中と多様性のバランス」が求められる。

この他に、今回の事業には、「職員の成長」によって、組織目標の達成への貢献と自己実現の両者が達成されること、その結果として、「職員満足度」が高まり、これを繰り返して、上昇スパイラルを形成していくことが期待されている。

そして、このような行政経営の戦略を考え、決めていくこと、即ち、「意思決定」は、前にも述べたことであるが、住民の生活に影響を与え、住民の行動指針となるため、意思決定過程の透明性と住民参加ができる仕組みを考えなければならない[16]。

このようなシステム全体にわたる成果を示すために、どのようなことを検討しなければならないかについては、先行研究があり[17),18)]「機能的な統合」、「臨床的な統合」、「専門家の統合」の三つの側面からの評価測定を行うことが提案されている[19)]。

地域包括ケアシステムに応用可能な統合ケアの評価・計測ツールについての研究はごくわずかである。その中では、BSC は、今日においては、よく利用されており、様々な機関がそのツールの使い方を説明している。おそらく、この BSC は適応性が高いため、システムのレベルにも提供者のレベルにも使える多目的なツールとなっていると予想する。

一方で、この BSC ツールは、統合自体を図るよりも、制度の実績、つまりアウトプットを一般的には、測定するツールであるため、自治体ごとに、ビジョンに応じたアウトカムを設定し、これをベンチマークとした独自の評価指標を設定することが望ましいことには留意すべきである。

さて、地域包括ケアシステム構築に際しては、すでにこの基盤となる自治体における介護保険事業への取り組みの程度、つまり保険者機能について客観的に把握することが重要という知見が示されている。したがって、この保険者機能の構造を用いて、自治体はみずから地域包括ケアシステム構築に向けた実施の程度を把握し、改善に向けた取り組みを行っていくことが求められている。

保険者機能評価項目は、平成 21(2009)年度にエキスパートレビューによって、「(1)事業計画・政策立案の状況」、「(2)地域連携の仕組みづくり」,「(3)自治体としての地域包括支援センター職員への支援」、「(4)介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」、「(5)介護サービス事業者支援」、「(6)サービスの苦情・相談体制」、「(7)高齢者虐待対応・権利擁護対応・やむを得ない事由による措置・成年後見制度等」、といった 7 つのカテゴリが設定され、これらの

下位項 141 目としては、40 項目が選定された。

その後、回答率や法令根拠に基づいているかといった観点から、「(1)事業計画・政策立案の状況」、「(2)地域連携の仕組みづくり」、「(3)自治体としての地域包括支援センター職員への支援」、「(4)「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」「介護サービス事業者支援」、「(5)高齢者虐待対応・権利擁護対応・「やむを得ない事由による措置」・成年後見制度関連」の 5 カテゴリ 24 項目に精査された。

さらに平成 25 年度の研究事業によって、評価指標は構造化され、全 10 項目となった。各指標の特性に基づき、図 6-2 に示すように大きく 3 部に整理された。これらの各部に属する評価指標は複数のサブ項目で構成されており、サブ項目ごとに「評価確認事項」「解説」「自己評価」「自己評価の理由」「自由回答」が設定された。

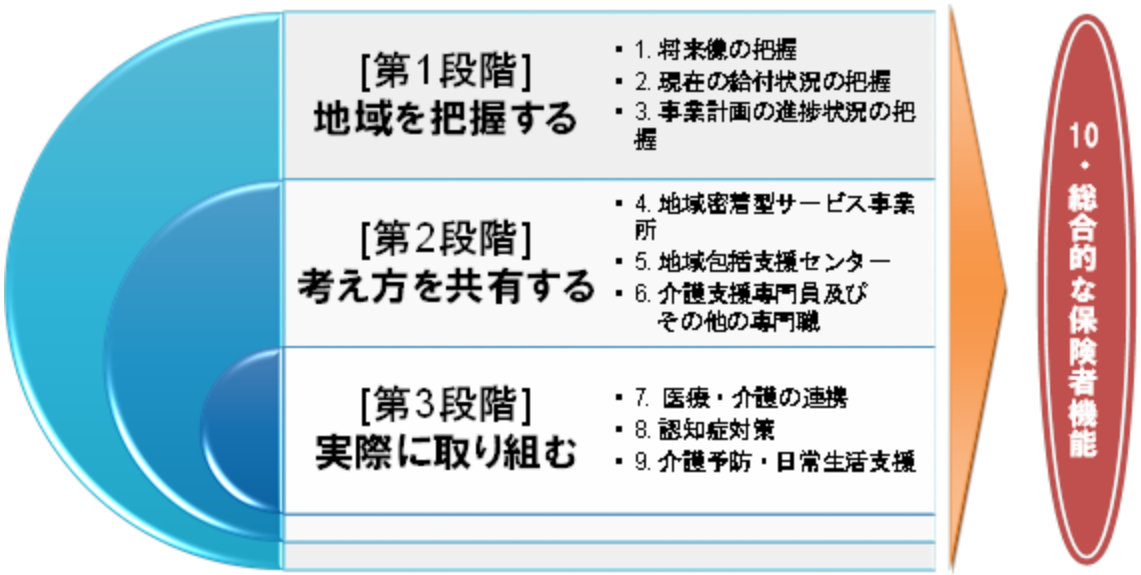


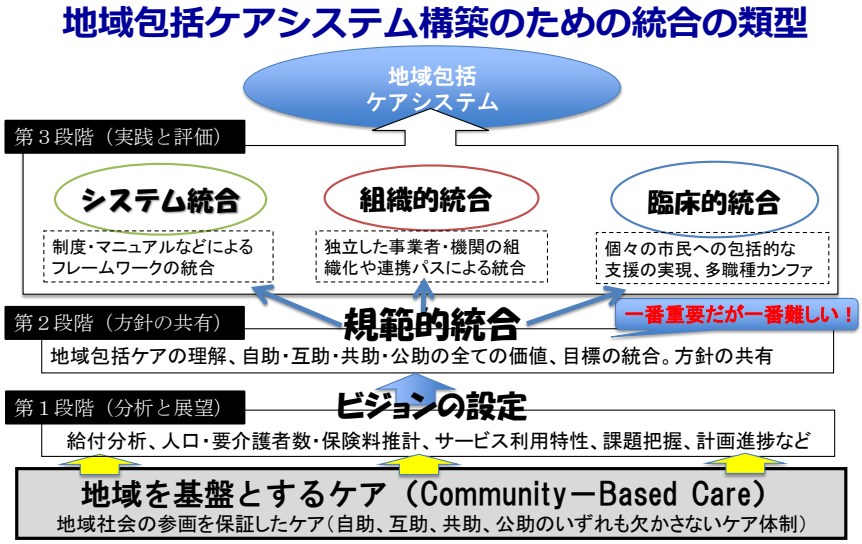
図 6-2　平成 25 年度版保険者機能評価指標の構造 [20)]

なお、このような保険者機能の構造化を行った背景には、地域包括ケアシステム構築を統合（integration）という側面から見た場合、統合的なケア提供システムを実現するために、システム統合、組織的統合、臨床的統合、それぞれの区分における統合を実現する必要性が指摘されていること、これらの統合を実現するためには、組織、専門職集団、個人間での価値観、文化、視点の共有、目標に向けた共通認識、動機の共有を示す規範的統合が重要との認識がある。

とくに、規範的統合は、第 2 段階（方針の共有）にあたり、これを踏まえることで、第 3 段階（実践と評価）の段階において、様々なケアの統合を実現するための実践を展開することができる。そして、これらの段階の前提となるのは、現状把握を基にしたビジョン設定に

あり、これが第１段階（分析と展望）にあたるものとした。

以上を地域包括ケアシステムの構築という観点から、これら様々な統合と保険者機能の構造の位置付けを整理し、以下の図 6-3 のようにまとめた[21]。各自治体で地域包括ケアシステムを検討する際に参考になるものと考えている。



『統合』のための市町村（保険者）の役割

	説　明	市町村（保険者）の役割	留意点
規範的統合	組織、専門職集団、個人間での価値観、文化、視点の共有、目標に向けた共通認識、動機の共有	市民、市民団体、介護・医療従事者、事業者団体、行政内部に対する価値観統合のために会議、事例検討、継続的な周知を行う	規範的統合は全ての者が行うべきだが地域包括ケアシステムづくりには市町村にその推進と管理責任がある。
システム的統合	制度・政策、ルール、フレームワークによる統合	制度づくり、連携・統合図表・要綱づくり等を行い、機能させるマネジメント	絵を描いただけでは統合せず、他の統合と合わさることでシステム統合は果たされる
組織的統合	組織（事業者団体、専門機関種別等）間でのネットワーク、戦略的連携	各種組織を機能面から垂直的・水平的につなげる働きかけ等をマネジメント	ネットワークづくりとも関連する。統合対象組織によって広域的対応が必要になる。
臨床的統合	個々の利用者のケア、サービスの統合	自立支援、尊厳の保持に資するケアになっているかを地域ケア会議等の場を活用し市町村が把握する	個別支援計画策定過程に町村介入すべきではないが、臨床的統合がなされているかを把握する責任がある。

図 6-3　地域包括ケアシステムのための統合の類型と市町村（保険者）の役割

地域包括ケアシステムの構築にあたっては、介護保険制度の保険者である自治体の責務は大きく、その保険者機能については、何らかの評価を継続的に行うべきであろうと考えられてきた[22]。このため、平成 29 年改正介護保険法（地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律）において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向け、その達成状況を評価できるよう、客観的な指標を設定した上で市町村・都道府県に対する財政

的インセンティブ（高齢者の自立支援、重度化防止等の取組を支援するための交付金）を付与するという具体的な制度が導入されることとなった（図 6-4）。

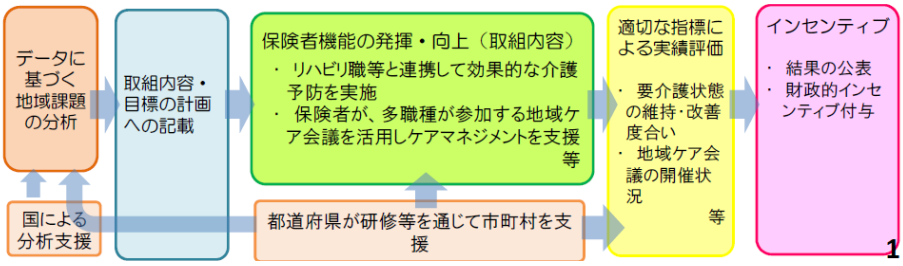


図 6-4　保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進イメージ [23)]

平成 29 年 11 月 10 日の介護保険部会で示された評価指標案は、「Ⅰ　PDCA サイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築」、「Ⅱ　自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」、「Ⅲ　介護保険運営の安定化に資する施策の推進」の 3 つ、計 59 の指標から構成されている（表 6-1）[24)]。

このうち、認知症総合支援に関わる内容は、表 6-2 に示した 4 点となった。①市町村介護保険事業支援計画又は市町村が定めるその他の計画等における認知症施策の取組や認知症初期集中支援チームに関わる体制構築、②医療関係団体や専門医療機関と連携した早期診断・早期対応に繋げる体制構築、③認知症支援に関する介護保険外サービス整備、④認知症に関わるボランティア養成といった内容になっており、いずれも認知症総合支援を進める上で重要な内容と考えられる。

しかしながら、これら指標開発の元となった平成 28 年度の調査研究 [25)] では、「認知症初期集中支援チームを設置し、同チームによる初期集中支援を行っていますか。」という問いに対し、「はい」と回答したのは、660 自治体のうち、わずかに 34.2%であった。

一方、「認知症支援に関して、地区医師会等の医療関係団体に対して協力を依頼して いますか。」という問いに対して、「はい」と回答した自治体は 73.5%と比較的、高い値が示されていたが、「認知症支援に関する介護保険外サービスの整備、または、認知症支援に携わるボランティアの定期的な養成を行っていますか。」という問いに「はい」と回答した自治体は、59.2%と示されていた。

このように、認知症に関する取り組みの内容には、自治体別にみれば、相当の差異が生じていることが明らかになっているが、このような指標を活用しながら、結果を分析し、方針を共有すること、そして、実践と評価を繰り返すことで、自治体を中心とした地域包括ケアシステムが構築されるものと考えられる。このシステムに、地域における認知症総合支援の推進が位置づけられ、さらには認知症初期集中支援チームの自治体ごとのビジョンに基づいた取り組みが推進されることが求められる。

表 6-1　高齢者の自立支援、重度化防止等の取組を支援するための交付金に関する評価指標（案）の構成 [24)]

Ⅰ PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築	8項目
Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進	
（1）地域密着型サービス	4項目
（2）介護支援専門員・介護サービス事業所	2項目
（3）地域包括支援センター	14項目
（4）在宅医療・介護連携	6項目
（5）認知症総合支援	4項目
（6）介護予防／日常生活支援	8項目
（7）生活支援体制の整備	4項目
（8）要介護状態の維持・改善の状況等	2項目
Ⅲ 介護保険運営の安定化に資する施策の推進	
（1）介護給付の適正化	6項目
（2）介護人材の確保	1項目
	59項目

表 6-2　高齢者の自立支援、重度化防止等の取組を支援するための交付金に関する評価指標（案）における認知症総合支援の指標の具体的内容 [24)]

	指標（案）	趣旨・考え方
①	市町村介護保険事業支援計画又は市町村が定めるその他の計画等において、認知症施策の取組について、各年度における具体的な計画（事業内容、実施（配置）予定数、受講予定人数等）を定め、毎年度その進捗状況について評価しているか。	認知症総合支援策に係る、具体的な計画及びそのPDCAを評価するもの。
②	認知症初期集中支援チームは、認知症地域支援推進員に支援事例について情報提供し、具体的な支援方法の検討を行う等、定期的に情報連携する体制を構築しているか。	認知症支援に係る適切な体制を評価するもの。
③	地区医師会等の医療関係団体と、認知症のおそれがある人に対して、かかりつけ医が認知症疾患医療センター等専門医療機関と連携して早期診断・早期対応に繋げる体制を構築しているか。	認知症支援に係る医療との連携の重要性に鑑み、医療関係者との連携を評価するもの。
④	認知症支援に関する介護保険外サービスの整備、認知症支援に携わるボランティアの定期的な養成を行っているか。	地域の実情に応じた、様々な認知症支援の体制づくりに向けた取組を評価するもの。

参考文献

1) RAND Europe. National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots FINAL REPORT: FULL VERSION (2012).
2) 大住荘四郎．New Public Management：自治体における戦略マネジメント．「フィナンシャル・レビュー」(2005) p34
3) Vaarama, M., Pieper, R.(eds.) Managing integrated care for older people. STAKES, Helshinki. (2006).
4) Somme, D., Trouvé, H. Implanter et évaluer une politique d'intégration des services aux personnes âgées: l'expérimentation PRISMA France. In L'évaluation des 385-395, L'Harmattan, Paris. (2009).
5) Couturier, Y., Trouvé, H., Ganon, D., Etheridge, F., Carrire, S. & Somme, D. Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France. Lien social et politiques, n.62 (2009).
6) Henrard, JC. Le système français d'aide et de soins aux personnes âgées. Santé Société et Solidarité, 2:73-82. (2002).
7) Mackinsey's Health system and service practice. What does it take to make integrated care work? (2011)
8) Coddington DC, Fischer EA, Moore KD：Strategies for integrated health care systems. Healthcare Leadership & Management Report, 9:8-15 (2001).
9) Marriott J, Mable AL：Integration: Follow your instincts, ignore the politics, and keep your eyes on the ideal model. Canadian Journal of Public Health, 89:293-294 (1998).
10) Coddington DC, Ackerman FK, Moore KD：Setting the record straight: Physician networking is an effective strategy. Healthcare Financial Management, 55:34-37 (2001).
11) Hunter DJ：Integrated care. Journal of Integrated Care, 3:155-161 (1999).
12) Wilson B, Rogowski D, Popplewell R：Integrated services pathways (ISP): A best practice model. Australian Health Review, 26:43-51 (2003).
13) 東内京一：地域包括ケアと地域リハビリテーション--埼玉県和光市の取り組みを中心に．地域リハビリテーション, 6(8):574-578 (2011).
14) Kaplan, R. S. & Norton, D. P. Putting the balanced scorecard to work. Harvard Business Review, 71:134-147. (1993).
15) Kaplan, R. S. & Norton, D. P. The balanced scorecard - measures that drive performance. Harvard Business Review, 70:71-79. (1992).
16) 関山昌人．顧客価値創造のための行政マネジメント第 5 回経営学者等の考えから学ぶ経営管理（下）．月刊地方財務 8 月号 (2013).
17) Devers, K. J., Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Erickson, K. M. Implementing organized delivery systems: An integration scorecard. Health Care Management Review, 19, (1994).
18) Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. D., & Morgan, K. L. Conceptualizing and measuring integration: Findings from the health systems integration study. Hospital & Health Services Administration, 38:467-489. (1993).

19) Suter E,Oelke ND, Adair CE, Waddell C, Armitage GD, Huebner LA. HEALTH SYSTEMS INTEGRATION -DEFINITIONS, PROCESSES & IMPACT :A RESEARCH SYNTHESIS. Research Report on Arbata Health Service, Cargary Religion, (2007).
20) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社．平成 25 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書」（2014）p31
21) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社．平成 25 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書」（2014）p27-28
22) 筒井孝子, 東野定律. 地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価するための尺度の開発．保健医療科学　61(2),104-112 (2012).
23) 第 73 回社会保障審議会介護保険部会（平成 29 年 11 月 10 日），資料２　介護保険における保険者機能の強化，p2
24) 第 73 回社会保障審議会介護保険部会（平成 29 年 11 月 10 日），資料３　高齢者の自立支援、重度化防止等の取組を支援するための交付金に関する評価指標（案），p1-12
25) 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所．平成 28 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの構築や効率的・効果的な給付の推進のための保険者の取組を評価するための指標に関する調査研究事業報告書」（2017）p33

（　参考資料　）

アセスメントに関する様式
1　地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（DASC）
2　認知症行動障害尺度（DBD13）
3　身体の様子のチェック票（チェック項目：備忘録としてお使い下さい）

事業の実績報告様式（案）
・認知症初期集中支援チーム活動報告書（個別事例集積票）

その他　各種参考例 ＊　ここに掲載している様式は参考例です。地域の実情で別途、工夫し作成ください ＊　各地域の既存の様式で代用できるものがあれば、利用し工夫ください。
・　利用者基本情報　例 ・　仙台市使用　DASC 裏面（精神症状・行動症状等、身体症状、社会的困難を記入） ・　仙台市使用　サービス担当者会議の要点（チーム員会議議事録として利用） ・　モニタリング記録様式　例

作成者：粟田主一　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム（認知症・うつの予防と介入の促進）

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（ＤＡＳＣ）　認知症初期集中支援チーム版

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

ID		記入日　平成　　年　　月　　日

ご本人の氏名：		生年月日：大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）	男・女	独居・同居
回答者の氏名：	本人との続柄：	記入者氏名：	所属・職種：	

	認知機能障害・生活機能障害	1点	2点	3点	4点			備考欄
1	財布や鍵など，物を置いた場所がわからなくなることがありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	記憶	近時記憶	
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ			
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		遠隔記憶	
4	今日が何月何日かわからないときがありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d いつもそうだ	見当識	時間	
5	自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		場所	
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		道順	
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	問題解決	
8	一日の計画を自分で立てることができますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない			
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		社会的判断力	
10	一人で買い物はできますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭外のIADL	買い物	
11	バスや電車，自家用車などを使って一人で外出できますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		交通機関	
12	貯金の出し入れや，家賃や公共料金の支払いは一人できますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		金銭管理	
13	電話をかけることができますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭内のIADL	電話	
14	自分で食事の準備はできますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		食事の準備	
15	自分で，薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		服薬管理	□本人　□家族　□その他（　　）
16	入浴は一人でできますか．	a. 問題ない	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的ADL①	入浴	
17	着替えは一人でできますか．	a. 問題ない	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		着替え	
18	トイレは一人でできますか．	a. 問題ない	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		排泄	
19	身だしなみを整えることは一人でできますか．	a. 問題ない	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的ADL②	整容	
20	食事は一人でできますか．	a. 問題ない	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		食事	
21	家のなかでの移動は一人でできますか．	a. 問題ない	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		移動	

	DASC 18項目の合計点	点	DASC 21項目の合計点	点

©地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター研究所

認知症行動障害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale:DBD13)認知症初期集中支援チーム版

ID		回答者氏名	
本人氏名		記入日	年　月　日
生年月日		記入者氏名	

No	質問内容	0点	1点	2点	3点	4点	(備考欄)
1	同じことを何度も何度も聞く	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
2	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
3	日常的な物事に関心を示さない	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
4	特別な理由がないのに夜中起き出す	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
6	昼間、寝てばかりいる	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
7	やたらに歩き回る	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
8	同じ動作をいつまでも繰り返す	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
9	口汚くののしる	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
11	世話をされるのを拒否する	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
12	明らかな理由なしに物を貯め込む	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
13	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
	小計						
	合計						点

町田綾子　日老医誌　2012:49:463-567

MEMO

身体の様子のチェック票

項目

①コミュニケーションのための基本的能力

○ 訪問者との意思疎通

○ 目が見えにくいか　　○ 耳が聞こえづらいか

②衛生状態　○ 身体は清潔か　○ 衣服は清潔か　○ 家屋、室内は清潔か

③栄養状態　○ 極度にやせているか、肥満しているか

○ むくみがあるか

④摂食状態　○ 食事を拒否したり、食べないことがあるか

○ 食べ過ぎることがある　　○ 食物を噛めるか　　○ 食物を飲み込めるか

（食事摂取量、水分摂取量、食事回数、1 回の食事に要する時間を確認）

⑤排泄状態　○ 尿失禁があるか　（回数、量）○ 便失禁があるか（回数、性状）

○ 便秘があるか

⑥睡眠状態　○ 睡眠は良好か　（起床時間や就寝時間、日昼の睡眠時間）

○ 寝ていて大声をだしたり起き上がったりすることがあるか

⑦その他　　その他身体の状況で気がついたこと

上記項目を確認し、気づいた点を訪問記録等に記入し、記録を残すこと。

認知症初期集中支援チーム活動報告書（個別事例集積票） No1

案

担当市町村（　　）　年 月 日付

NO	性別	年齢	世帯状況	情報入手月日	紹介されたルート	事例に該当する困難事例か	関与開始時の状態像			DASC21スコア		DBD13スコア		Zarit8スコア		関与開始時の医療の有無	初回訪問月日	訪問延べ回数	初回チーム員議の開催月日	チーム員議の開催延べ回数	これまで受診や介護サービスに結びつかなかった主な理由（自由記載）	効果（該当する項目に〇を記入）				左記の効果を及ぼしたと考えられる初期集中支援チームの活動内容（自由記載）	関与の期間		
							CDR得点レベル（1軽度，2中等度，3重度）	障害高齢者の自立度	認知症高齢者日常生活自立度	開始時	終了時	開始時	終了時	開始時	終了時			（回）		（回）		専門医の受診	介護保険サービスの導入	家族のケアが適切に変化	その他（記載）		終了OR継続	終了日	終了までの関与期間（W）
例	女	78	夫婦		民生委員から地域包括に相談	認認介護	2中等度	J	Ⅱa							なし		4		2	家族が受診の必要性を感じていなかった	〇	〇	〇		5度の訪問で家族へ受診のメリットを説明したこと	終了		6W
1																													
2																													

（※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋）

例

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相　談　日	年　月　日（　）	来　所・電　話 その他（　）	初　回 再来（前　/　）
本人の現況	在宅・入院又は入所中（　）		
ﾌﾘｶﾞﾅ 本人氏名		男・女	M・T・S　年　月　日生（　）歳
住　所		Tel Fax	（　） （　）
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ	
認定情報	非該当・要支１・要支２・要介１・要介２・要介３・要介４・要介５ 有効期限：　年　月　日～　年　月　日　（前回の介護度　）		
障害等認定	身障（　）、療育（　）、精神（　）、難病（　）、・・・（　）		
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無（　）階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		

来　所　者 (相　談　者)				家族構成	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 （同居家族は○で囲む）
住　所 連　絡　先		続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先		家族関係等の状況

出典：「地域支援事業の実施について」
厚生労働省老健局長通知
平成18年6月9日　老発第0609001号
最終改定平成24年4月6日　老発0406第2号

<table>
<tr><td>今までの生活</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）</td><td colspan="3">１日の生活・すごし方</td><td>趣味・楽しみ・特技</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>時間</td><td>本人</td><td>介護者・家族</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>友人・地域との関係</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名（主治医・意見作成者に☆）			経過	治療中の場合は内容
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成　　年　　月　　日　　氏名　　印

仙台市　DASC（裏面）に利用

精神症状・行動症状等

いつ頃から、どのような症状があるのか（具体的に）

【精神症状】 例）妄想（物を盗られた等）、幻覚、抑うつ、不安、焦燥、睡眠障害等

【行動症状】 例）暴力、暴言、徘徊、介護への抵抗、不潔行為、火の不始末、性的問題行動等

その他、気がついた症状があれば記載して下さい

身体症状

現病歴（現治療中の疾患）

疾患名	いつ頃から	医療機関名

既往歴（過去に治療した疾患：風邪など単発的なものは除く）

疾患名	いつ頃（何年、又は何歳）

※現在内服している薬と処方先の病院

（市販薬や漢方薬も含め可能な限り全て記入）

例）葛根湯・・・〇△×内科クリニック

最近、身体症状で気がついたことがあれば記載して下さい。

社会的困難

例：独居、消費者被害、近隣とのトラブル・地域からの排除、介護負担、介護者の健康問題、虐待、老々介護、認々介護、経済的困窮等

第4表　仙台市はこの様式活用　**サービス担当者会議の要点**

作成年月日	年　月　日

利用者名　　殿　　居宅サービス計画作成者（担当者）氏名

開催日　年　月　日　開催場所　開催時間　開催回数

	所　属（職種）	氏名	所　属（職種）	氏　名	所　属（職種）	氏　名
会議出席者						

検討した項目	
検討内容	
結論	
残された課題 （次回の開催時期）	

モニタリング記録様式　例

ＩＤ		訪問チーム員	
対象者氏名		訪問日	
対象者住所		所要時間	①15 分　②30 分 ③60 分　④90 分
面接対象者	・本人　　・家族 ・その他（　　）	モニタリング回数	第　　回目
経過及び現状			
結果	１在宅継続　　２　入院　　３　入所　　４その他		
課題及び対応	１　課題なし ２　課題あり （１）医療に関すること 受診　　服薬　　症状及び状態の悪化 （２）介護に関すること（ （３）家族・介護者に関すること （４）その他 （　　）		
次回計画	平成　　年　　月　　日（モニタリング方法：　　）		
備考			

（　参考資料　）

アセスメントに関する様式
1　地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（DASC）
2　認知症行動障害尺度（DBD13）
3　身体の様子のチェック票（チェック項目：備忘録としてお使い下さい）

事業の実績報告様式（案）
・認知症初期集中支援チーム活動報告書（個別事例集積票）

その他　各種参考例 ＊　ここに掲載している様式は参考例です。地域の実情で別途、工夫し作成ください ＊　各地域の既存の様式で代用できるものがあれば、利用し工夫ください。
・　利用者基本情報　例 ・　仙台市使用　DASC 裏面（精神症状・行動症状等、身体症状、社会的困難を記入） ・　仙台市使用　サービス担当者会議の要点（チーム員会議議事録として利用） ・　モニタリング記録様式　例

作成者：粟田主一　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム（認知症・うつの予防と介入の促進）

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（ＤＡＳＣ）　認知症初期集中支援チーム版

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

ID		記入日　平成　　年　　月　　日

ご本人の氏名：		生年月日：大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）	男・女	独居・同居
回答者の氏名：	本人との続柄：	記入者氏名：	所属・職種：	

	認知機能障害・生活機能障害	1点	2点	3点	4点			備考欄
1	財布や鍵など，物を置いた場所がわからなくなることがありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	記憶	近時記憶	
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ			
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		遠隔記憶	
4	今日が何月何日かわからないときがありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d いつもそうだ	見当識	時間	
5	自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		場所	
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		道順	
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	問題解決	
8	一日の計画を自分で立てることができますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない			
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		社会的判断力	
10	一人で買い物はできますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭外のIADL	買い物	
11	バスや電車，自家用車などを使って一人で外出できますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		交通機関	
12	貯金の出し入れや，家賃や公共料金の支払いは一人できますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		金銭管理	
13	電話をかけることができますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭内のIADL	電話	
14	自分で食事の準備はできますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		食事の準備	
15	自分で，薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか．	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		服薬管理	□本人　□家族　□その他（　　）
16	入浴は一人でできますか．	a. 問題ない	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的ADL①	入浴	
17	着替えは一人でできますか．	a. 問題ない	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		着替え	
18	トイレは一人でできますか．	a. 問題ない	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		排泄	
19	身だしなみを整えることは一人でできますか．	a. 問題ない	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的ADL②	整容	
20	食事は一人でできますか．	a. 問題ない	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		食事	
21	家のなかでの移動は一人でできますか．	a. 問題ない	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		移動	
				DASC 18項目の合計点	点		DASC 21項目の合計点	点

©地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター研究所

認知症行動障害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale:DBD13)認知症初期集中支援チーム版

ID		回答者氏名	
本人氏名		記入日	年　月　日
生年月日		記入者氏名	

No	質問内容	0点	1点	2点	3点	4点	(備考欄)
1	同じことを何度も何度も聞く	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
2	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
3	日常的な物事に関心を示さない	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
4	特別な理由がないのに夜中起き出す	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
6	昼間、寝てばかりいる	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
7	やたらに歩き回る	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
8	同じ動作をいつまでも繰り返す	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
9	口汚くののしる	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
11	世話をされるのを拒否する	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
12	明らかな理由なしに物を貯め込む	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
13	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
	小計						
	合計						点

町田綾子　日老医誌　2012:49:463-567

MEMO

身体の様子のチェック票

項目

①コミュニケーションのための基本的能力

○　訪問者との意思疎通

○　目が見えにくいか　　○　耳が聞こえづらいか

②衛生状態　○　身体は清潔か　○　衣服は清潔か　○　家屋、室内は清潔か

③栄養状態　○　極度にやせているか、肥満しているか

○　むくみがあるか

④摂食状態　○　食事を拒否したり、食べないことがあるか

○　食べ過ぎることがある　　○　食物を噛めるか　　○　食物を飲み込めるか

（食事摂取量、水分摂取量、食事回数、1 回の食事に要する時間を確認）

⑤排泄状態　○　尿失禁があるか　（回数、量）○　便失禁があるか（回数、性状）

○　便秘があるか

⑥睡眠状態　○　睡眠は良好か　（起床時間や就寝時間、日昼の睡眠時間）

○　寝ていて大声をだしたり起き上がったりすることがあるか

⑦その他　　その他身体の状況で気がついたこと

上記項目を確認し、気づいた点を訪問記録等に記入し、記録を残すこと。

認知症初期集中支援チーム活動報告書（個別事例集積票） No1

案

担当市町村（　　）　年 月 日付

NO	性別	年齢	世帯状況	情報入手月日	紹介されたルート	事例に該当する困難事例か	関与開始時の状態像			DASC21スコア		DBD13スコア		Zarit8スコア		開始の医師の関与時治療の有無	初回訪問月日	訪問延べ回数	初回チーム員議の開催月日	チーム員議の開催延べ回数	これまで診護や介護サービスに結びかなかった主な理由（自由記載）	効果（該当する項目に〇を記入）				左記の効果を及ぼしたと考えられる初期集中支援チームの活動内容（自由記載）	関与の期間		
							CDR得点レベル（1軽度，2中等度，3重度）	障害高齢者の自立度	認知症高齢者日常生活自立度	開始時	終了時	開始時	終了時	開始時	終了時			（回）		（回）		専門医の受診	介護保険サービスの導入	家族のケアが適切に変化	その他（記載）		終了OR継続	終了日	終了までの関与期間（W）
例	女	78	夫婦		民生委員から地域包括に相談	認認介護	2中等度	J	Ⅱa							なし		4		2	家族が受診の必要性を感じていなかった	〇	〇	〇		5度の訪問で家族へ受診のメリットを説明したこと	終了		6W
1																													
2																													

（※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋）

例

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相　談　日	年　月　日（　）	来　所・電　話 その他（　）	初　回 再来（前　/　）
本人の現況	在宅・入院又は入所中（　）		
ﾌﾘｶﾞﾅ 本人氏名		男・女	M・T・S　年　月　日生（　）歳
住　所		Tel Fax	（　） （　）
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ	
認定情報	非該当・要支１・要支２・要介１・要介２・要介３・要介４・要介５ 有効期限：　年　月　日～　年　月　日　（前回の介護度　）		
障害等認定	身障（　）、療育（　）、精神（　）、難病（　）、・・・（　）		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無（　）階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		

来　所　者 (相　談　者)				家族構成	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 （同居家族は○で囲む）
住　所 連　絡　先		続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先		家族関係等の状況

出典：「地域支援事業の実施について」
厚生労働省老健局長通知
平成18年6月9日　老発第0609001号
最終改定平成24年4月6日　老発0406第2号

今までの生活				
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	１日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名（主治医・意見作成者に☆）			経過	治療中の場合は内容
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成　　年　　月　　日　　氏名　　印

仙台市　DASC（裏面）に利用

精神症状・行動症状等

いつ頃から、どのような症状があるのか（具体的に）

【精神症状】 例）妄想（物を盗られた等）、幻覚、抑うつ、不安、焦燥、睡眠障害等

【行動症状】 例）暴力、暴言、徘徊、介護への抵抗、不潔行為、火の不始末、性的問題行動等

その他、気がついた症状があれば記載して下さい

身体症状

現病歴（現治療中の疾患）

疾患名	いつ頃から	医療機関名

既往歴（過去に治療した疾患：風邪など単発的なものは除く）

疾患名	いつ頃（何年、又は何歳）

※現在内服している薬と処方先の病院

（市販薬や漢方薬も含め可能な限り全て記入）

例）葛根湯・・・〇△×内科クリニック

最近、身体症状で気がついたことがあれば記載して下さい。

社会的困難

例：独居、消費者被害、近隣とのトラブル・地域からの排除、介護負担、介護者の健康問題、虐待、老々介護、認々介護、経済的困窮等

第4表　仙台市はこの様式活用　**サービス担当者会議の要点**

作成年月日	年　月　日

利用者名　　殿　　居宅サービス計画作成者（担当者）氏名

開催日　年　月　日　開催場所　開催時間　開催回数

	所　属（職種）	氏名	所　属（職種）	氏　名	所　属（職種）	氏　名
会議出席者						

検討した項目	
検討内容	
結論	
残された課題 （次回の開催時期）	

モニタリング記録様式　例

ＩＤ		訪問チーム員	
対象者氏名		訪問日	
対象者住所		所要時間	①15 分　②30 分 ③60 分　④90 分
面接対象者	・本人　　・家族 ・その他（　　）	モニタリング回数	第　　回目
経過及び現状			
結果	１在宅継続　　２　入院　　３　入所　　４その他		
課題及び対応	１　課題なし ２　課題あり （１）医療に関すること 受診　　服薬　　症状及び状態の悪化 （２）介護に関すること（ （３）家族・介護者に関すること （４）その他 （　　）		
次回計画	平成　　年　　月　　日（モニタリング方法：　　）		
備考			

認知症初期集中支援チーム員研修テキスト 第４版

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

〒474-8511
愛知県大府市森岡町七丁目 430 番地
http://www.ncgg.go.jp/

禁無断転載